

I – Introdução

Segundo o DL 176/2006 de 30 de Agosto (¹), define-se, no artigo 3.º, parágrafo 1, alínea ee) *medicamento* como «toda a substância ou associações de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas». Pela alínea ff) do mesmo artigo e parágrafo, é definido *medicamento à base de plantas* como «qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias activas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas».

Este diploma legal define ainda, na alínea oo) do artigo 3.º, parágrafo 1, *medicamento homeopático* como «medicamento obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios». São ainda definidos pelo mesmo artigo e número, mas agora nas alíneas aaa) e bbb), respectivamente, as *preparações à base de plantas* e o *preparado oficial*. As primeiras são preparações obtidas submetendo as substâncias derivadas de plantas a tratamentos como a extracção, destilação, expressão, fraccionamento, purificação, concentração ou fermentação, tais como as substâncias derivadas de plantas pulverizadas ou em pó, as tinturas, extractos, óleos essenciais, sucos espremidos e os exsudados transformados. O *preparado oficial* é qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais de uma farmacopeia ou de um formulário oficial, numa farmácia de oficina ou em serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado directamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço. Para efeitos do presente trabalho consideraremos *medicamento* como o definido na alínea ee); os restantes, aos quais poderemos juntar outras tecnologias terapêuticas, como, por exemplo, a *medicina popular* e a *acupunctura*, são considerados como *remédios*.

A toma de medicamentos pode ter vários indutores, que estão na esfera das expectativas e do conhecimento individual sobre o produto a manejar para um determinado

resultado, com excepção do uso em crianças, em que a indicação do médico é fulcral ⁽²⁾. Não parece despicienda a frequência da automedicação, definida como a decisão de tomar medicamentos numa lógica não ditada pela indicação expressa de médico, ou pela simples aquisição de medicamentos sem receita médica, que pode atingir uma frequência de 17% dos atendimentos em balcão de farmácia em Portugal e na qual a intervenção regulamentar do farmacêutico, ou de quem o substitui, é importante para questões de segurança, sendo a aquisição muito dependente do preço ^(3,4). Num contexto de terapêutica analgésica, a automedicação pode ser muito frequente, com todo o cortejo de problemas terapêuticos e de resultados em saúde que podem advir da toma de medicamentos não referidos ao médico ^(3,5). As questões da medicação segura são também valorizadas por quem adere à automedicação, sendo esta julgada segura dado que os medicamentos se encontram disponíveis em parafarmácias para aquisição directa ⁽⁶⁾.

As questões relacionadas com a percepção da dor e da sua implicação na qualidade de vida, serão, porventura, das principais determinantes do consumo de medicamentos quer em automedicação, muitas vezes sem informação do médico assistente ⁽⁷⁾, quer em pedido directo de prescrição, sendo fonte de conflito com os médicos pelo seu pedido insistente, apesar das contra-indicações que estes podem colocar à sua prescrição/utilização ^(8,9,10).

Existe hoje, na classe médica, uma reflexão aprofundada sobre a prescrição, sendo discutidos temas como a obrigatoriedade de prescrever para atingir alvos definidos em relatórios ou linhas de orientação ^(11,12,13,14,15), bem como sobre o tipo de medicamentos prescritos, questionando-se a sua eficiência ⁽¹⁶⁾, e ainda sobre se não haverá excesso de medicalização, ao estarem a ser utilizados cada vez mais medicamentos sem a certeza do seu benefício, em atitude defensiva, numa sociedade em que associações de doentes ou de doenças suportam o seu uso para a qualidade de vida ⁽¹⁷⁾.

Em Portugal, a autoridade regulamentadora de medicamentos decidiu difundir informação acerca dos perigos que a medicação de venda livre pode ter, mas a eficiência de tal medida estará ainda por verificar ⁽¹⁸⁾. São claras as regras quanto aos locais de actividade, tipo de *medicamentos e remédios* vendáveis e estrutura de pessoal que trabalha em tais instalações de venda de medicamentos não sujeitos a receita

médica obrigatória ⁽¹⁹⁾. O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento descreve a evolução recente do mercado de medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória da seguinte forma: «as vendas, no período de Janeiro a Março de 2008, atingiram um valor (Preço de Venda ao Público) de 4 700 737 €uros, correspondente a 1 076 621 embalagens. O maior volume de vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ocorreu nos distritos de Lisboa, Porto e Faro. O grupo farmacoterapêutico “Analgésicos e Antipiréticos” foi o que registou maiores vendas com 26,5% do total das unidades vendidas. O Paracetamol foi a substância activa mais vendida em volume e a Nicotina a mais vendida em valor.» Pela análise desta publicação podemos verificar que, em volume de vendas em embalagens, o Paracetamol representa 11,7% do total, logo seguido do Ibuprofeno com 5,4% das embalagens ⁽²⁰⁾.

Este relatório permite, assim, verificar que o tipo de medicamentos mais acedidos tem relação com a dor. O Paracetamol e o Ibuprofeno passaram ao estatuto de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica pelo facto de apresentarem uma boa relação risco/benefício. Dada a necessidade de contínua monitorização, a manutenção da actividade de notificação de Reacções Adversas a Medicamentos deve ser incentivada. Em Portugal esta actividade de notificação tem tido resultados escassos, pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos, não sendo realizada pelos utilizadores de *medicamentos e remédios*, por tal não estar previsto na Lei ^(1,21). Tanto para o Paracetamol, como para o Ibuprofeno, são bem conhecidas as vias de metabolização e os eventuais concorrentes para aumento ou redução de tal metabolização, sejam estes outros medicamentos ou nutrientes ^(22, 23).

A autoprocure de medicamentos para alívio de queixas pode ter várias razões. O contacto directo com os pacientes em ambulatório permite verificar a noção da necessidade de prescrição, talvez por ser julgado o medicamento um mitigante de sofrimento ou, em alternativa, por ser considerado uma imposição resultante de um contacto com um médico ^(7,8). No entanto, nem todas as consultas em Clínica Geral terminam com a emissão de uma receita e, em muitos casos, não é só a apresentação de queixa que implica a prescrição ^(8,24,25).

Segundo a definição de Saúde da OMS ⁽²⁶⁾, o estado de saúde será difícil de existir na sua plenitude. No entanto, a sociedade actual deve preocupar-se não só com a saúde

para todos, segundo Alma Ata (²⁷), mas também com a responsabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde, levando-os a adoptar os estilos de vida mais adequados para a obtenção de um melhor estado, por vezes à custa de alguns sacrifícios individuais. Estes resultam de aconselhamento técnico que deverá ser obtido em sistemas organizados e funcionantes, oficiais ou particulares, que os estados devem prover segundo o funcionamento proposto pelas Declarações de Sundsvall e Jacarta (^{28,29,30}).

A informação contemporânea e a globalização impõem modelos de vida e de consumo de bens que se coadunam mal e são até mesmo conflitantes com o bom estado de saúde (^{28,29,30}). A informação pública, através dos órgãos de comunicação escrita, visual ou falada, ao definir padrões, impôr conceitos e orientar para táticas conducentes à estratégia do bem-estar, pode determinar a excessiva medicalização da sociedade (³¹). De uma forma ambígua, e pelos sinais dados à sociedade, trata-se e paga-se o tratamento de situações que, em muitos casos, não se deveriam tratar, do foro físico ou do foro psíquico.

A simplificação da realidade, criando modelos estereotipados de repetição, tipificação e esquematização, pode desencadear situações em que o próprio julga a decisão e assume o padrão de consumo (³¹). O conhecimento através da oralidade e transmissão longitudinal de conhecimentos foi, em tempos, – e sê-lo-á porventura ainda hoje – forma importante de manutenção de técnicas de «cura e prevenção», um pouco em contraponto à massificação transversal que hoje se verifica (³¹). Estando quem se sente doente inserido num sistema, a comunicação, seja ela de que tipo for, passa a determinar os comportamentos daqueles que interagem, sendo de particular interesse o modo como flui e a forma como é apresentada a informação sobre o que é, o que se faz e o que está ao alcance individual para moldar uma forma de bem-estar que o corpo individual deseja, pois parte-se do princípio de que a sociedade e os bens são talhados para a felicidade individual, podendo e devendo ser acedidos sempre que a sua necessidade é sentida (³¹).

Como estarão os conceitos de doença, estar doente e sentir-se doente a orientar a necessidade de consumir medicamentos? E como se compreenderá, assim, o

medicamento: um banal recurso económico ou um meio de cura e de suplecção? E será julgado capaz de causar dano?

O *empowerment* e o *enablement*, em português traduzidos por empoderamento e capacitação, reflectem não só o poder sobre o corpo e a situação, mas também a voluntariedade para desencadear terapêutica. E tal deve ser devido ao conhecimento detido ⁽³²⁾. Saberão os utilizadores do medicamento o poder que este lhes dá ^(33,34)? Sentir-se-ão melhor por ter tal poder ^(33,34)? Muita informação é disponibilizada ao grande público, muitas novidades científicas lhe são confiadas e, por vezes, a sua valia e resultados são questionáveis a curto prazo ⁽³⁵⁾. Em particular, crianças ⁽³⁵⁾ e idosos ⁽³⁶⁾ são alvo de muitos cuidados, informação e terapêutica, que devem ser questionados constantemente, até por serem pensados para o seu «bem-estar», mas incorporando noções em que o corpo pode sofrer pelo excesso de manipulação física ou química, que, pretendendo um resultado, acaba por obter outro bem diferente ⁽²¹⁾. De facto, qual mística alquimista, o medicamento passa a ser entendido como a arma que tudo pode curar, esquecendo-se o inexorável avanço etário do corpo e todo o investimento que nele já terá sido feito, e que, em idades mais avançadas, tem maior expressão ^(35,36).

Ao nível das estruturas enquadradoras da actividade médica na Europa, é defendido para os Médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar o papel de advocacia da saúde dos seus clientes, que se consubstancia nos melhores enquadramentos de diagnóstico, terapêutica e referência. Tal implica, forçosamente, o melhor conhecimento das terapêuticas a serem realmente efectuadas pelos pacientes, incluindo a automedicação, seja ela artesanal ou empírica ⁽³⁷⁾, e a adesão à terapêutica ^(35,36).

Foram os pacientes informados na consulta sobre a necessidade de tomar medicamentos ^(35,36)?

Estarão os doentes a querer tomar medicamentos para mitigar a sua responsabilidade de não cumprimento das regras mais básicas de cidadania, como o respeito por si próprios, mantendo estilos de vida saudável adequados ^(28,29,30)?

Saberão os doentes, os prescritores de medicamentos e os indutores ou orientadores de toma de medicamentos ou remédios que, no processo farmacocinético e farmacodinâmico, há interações com alimentos e nutrientes (^{23,24})?

O processo terapêutico implica uma cadeia de muitos elos que poderemos teorizar, esquematicamente, da seguinte maneira:

- Boa colheita de dados sobre um paciente para a produção de um quadro sobre o qual trabalhar;
- Base sólida de conhecimentos de farmacologia pelos médicos e capacidade de transmissão de informação sobre a necessidade de induzir e realizar terapêutica com fármacos, explicando-a e obtendo a concordância e aquiescência do doente sobre as suas regras;
- Correcta cedência de medicamentos e remédios, e
- Adesão do doente que, além de ingerir, metaboliza e elimina em processos que dependem também de interações várias (^{23,24}).

Este processo decorre, em relação aos medicamentos sujeitos a receita médica obrigatória, num quadro de actividade sinérgica entre prescritor e farmacêutico, que, em ambiente de farmácia de oficina, cede ou dispensa o medicamento. Ora, parecem verificar-se entre estes dois grupos profissionais alguns problemas que devem ser atendidos, sendo o principal a desconfiança mútua por atropelos quanto à cedência de medicamentos (²⁵). Uma outra questão por vezes de difícil resolução é, em muitos casos, o critério seguido aquando da substituição de medicamento na farmácia, por razões de operação do sistema legalmente regulamentado, podendo não estar claras as razões para tal, apesar da situação estar legalmente regulamentada (²⁵). Já os medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória, dada a sua segurança, estão ao alcance do cidadão que a eles pretende aceder, sendo a função de quem se encontra no balcão de parafarmácia fundamentalmente a venda, apesar da possível existência de farmacêutico; o ambiente é, contudo, diferente do da farmácia comunitária, cujo valor acrescentado pode residir na orientação para a correcta compra de tais medicamentos e na correcta cedência dos medicamentos prescritos, devendo ser sempre pensados os problemas relativos a preço e à segurança (^{4,38,39}).

O poder que, gradualmente, terceiros pagadores passam para os utilizadores de medicamentos tem de funcionar de acordo com o que estes sabem, com a forma como o conhecimento lhes é transmitido, com a informação que estes têm em cada momento acerca da sua qualidade de vida e com conceitos e estereótipos formados pela informação e pela mentalidade vigente em cada sociedade (^{32,33,39,40,41}). É, a este título, interessante verificar a diferença anglo-saxónica entre estar doente e ter uma doença. Estar ou sentir-se doente tem a ver com a sociedade e os sistemas em que cada um se move e segundo os quais procura levar a sua vida. Já ter uma doença é um critério médico ou técnico, baseado num conjunto axiomático de associações de sinais e sintomas que perfazem uma entidade que pode, ou não, ser tratada sintomaticamente ou fisiopatologicamente (⁴²). Sendo o medicamento uma tecnologia complexa e sofisticada, podendo este ser julgado um miraculoso salvador das ansiedades e desconfortos existenciais, a prescrição é um dos mais importantes actos da consulta, resultando num contrato terapêutico (⁴³). Esta prescrição pode advir de uma indução pelos «doentes», e dos determinantes da prescrição dos Médicos de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente em função da informação a que acedem, para depois poderem prescrever (^{25,40,44}). Paralelamente, algumas associações portuguesas de doentes publicam informação terapêutica para o grande público, procurando, fundamentalmente, a explicação médica da necessidade da terapêutica (^{45,46,47}). Mesmo o normativo legal vigente em Portugal (¹) nada refere acerca da informação farmacológica para os utilizadores de medicamentos, sendo certo que, da adequada informação sobre a prescrição, alicerçada numa correcta relação médico-doente, pode surgir a mais eficiente prescrição (⁴⁸).

Também a União Europeia está preocupada com a qualidade dos cuidados de saúde a pacientes, ao ponto de ter aprovado a Declaração do Luxemburgo em 2005, com recomendações a instituições da União Europeia, autoridades nacionais e prestadores de cuidados de saúde, tratando de lidar com os erros da medicalização, vistos como oportunidades de aprendizagem e de experiência de melhores soluções de relacionamento médico-doente (⁴⁹).

A cognição acerca dos medicamentos foi já estudada com base em instrumentos validados (⁵⁰). Quais os medos, os costumes, as expectativas e a visão do medicamento que os doentes têm? Que sabem acerca dos medicamentos e da terapêutica? Que julgam

eles sobre a utilização de medicamentos pelos médicos: que os prescrevem demasiado, que receitariam menos se as consultas fossem mais longas (⁵⁰)?

Em ambiente de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar, a utilização de técnicas quer de promoção da saúde, quer de terapêutica farmacológica, quer de outra mais invasiva, pode levar a fenómenos decorrentes do mau uso e da necessidade de prevenção quaternária, definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo, para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e lhes sugerir alternativas eticamente aceitáveis (^{51,52}). No entanto, pode também pensar-se que esta prevenção quaternária é destinada à melhoria após intervenções excessivas (^{51,53}).

A excessiva medicalização da sociedade pode ser vista, do lado médico, como a necessidade de a todo o custo encontrar doenças, mesmo que apenas sejam visíveis sintomas, para assim utilizar tecnologia terapêutica medicamentosa, que pode trazer bem-estar social e pessoal (⁵¹). Na actual sociedade da informação, esta mensagem passa bem e é facilmente absorvida, até por poder desresponsabilizar quem prevarica, colocar nos ombros de outros o peso de decisões próprias e também por servir de lenitivo à incapacidade de reacção aos problemas colocados pela sociedade (^{51,52,53}).

Do lado do paciente, é interessante pensar que a população em geral, leiga quanto a questões de diagnóstico e terapêutica mas com grande necessidade de ganhos próprios, familiares ou sociais pela patologia, vê a medicina como uma «arte» de descobrir doenças. Textos jornalísticos, embora caricaturando a realidade, mostram ou reflectem as diferentes formas de ver este processo, que, por força da sua difusão pública, são bem capazes de formatar opiniões e crenças acerca desta temática (⁵⁴).

Deve ainda ser pensado que numa sociedade muito medicalizada e que pretende o bem-estar, as crianças podem estar a ser demasiado medicadas e mesmo sofrer de excesso de automedicação na tentativa dos pais as libertarem de todo e qualquer sofrimento. Para informar, estudar e criar regras sobre o estudo de medicamentos para crianças, a União Europeia emitiu recentemente informação sobre esta temática (⁵⁵). Muitos dos medicamentos que os médicos utilizam na terapêutica de crianças são, de facto, prescritos em indicações «não aprovadas», e que, como tal, poderão continuar a ser usadas em automedicação (⁵⁶), sendo ainda os seus nomes alvo de aturada pesquisa para

que sejam apelativos e propiciadores de vendas, quer porque têm algo a ver com uma indicação terapêutica, quer porque dizem algo acerca da parte do corpo à qual se destinam, sugerindo que a sua utilização pode ser benéfica para quem procura alívio, em particular quando estes medicamentos estão na situação de não sujeitos a receita médica⁽⁵⁷⁾.

Quando analisamos a questão fulcral da segurança pela toma de medicamentos, deparamo-nos com a singularidade de alguns serem dispensáveis por farmacêuticos, ou vendáveis em parafarmácias, por serem considerados seguros na sua utilização, em função de estudos de farmacovigilância e da necessária autorização de agências regulamentadoras que, no entanto, não controlarão todo o tipo de substâncias ditas medicamentosas, como as vendidas em ervanárias e outras lojas. Tal significa que a segurança assevera a possibilidade de haver riscos mínimos e que apenas o controlo da indicação-utilização, contraposto à utilização-indicação, poderá garantir a sua segurança^(58, 59).

De facto, são tomadas muitas decisões acerca da terapêutica com tecnologia farmacêutica num consultório médico, numa sala de urgências, pelo telefone, no balcão de uma farmácia, nas conversas com vizinhos ou na intimidade de um simples acesso a meio de comunicação social, quando alguém influencia outro sobre uma medida; este outro não é, por vezes, envolvido conscientemente na decisão de alterar algo funcional do seu corpo, sobre o qual tem autonomia, e acerca do qual deveria ponderar se a medida é efectiva⁽⁶⁰⁾. Todas estas decisões devem estar baseadas em pareceres de entidades oficiais, que estarão a ficar cada vez mais dependentes do poder financeiro, explicando-se assim os «sustos» que por vezes a população e os médicos sofrem quando a imprensa noticia problemas com medicamentos, sendo o conhecimento simultâneo, podendo pôr em risco um fundamental capital de confiança⁽⁶¹⁾. Pelos artigos 26.º e 38.º alínea 1, do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, o médico obriga-se aos deveres de bom tratamento e de esclarecimento do doente, o que, em caso de tais bombásticas e simultâneas notícias, pode implicar quebra de confiança⁽⁶²⁾, sem que o médico tenha qualquer responsabilidade, por ter prescrito de acordo com o aprovado pela Autoridade Regulamentadora (1).

Em Portugal, não pode deixar de ser salientada a importância que tem, no sistema social e no corpo, a modificação de hábitos e estilos de vida, que foram paulatinamente ocorrendo na passagem dos séculos XVIII para XIX e, desde então, de uma forma muito rápida e mesmo com uma velocidade estonteante a partir da década de 70 do século XX, e que se caracterizam pela lógica da poupança de energias para a realização do trabalho e pela redução do rigor de códigos de conduta, que possibilitaram que a doença, o estar doente e o sentir-se doente desencadeassem o consumo de bens de «bem-estar» ⁽⁶³⁾. E tal estado de doença sentida desperta, por parte de quem como tal se sente, a necessidade de cura, que pode ser entendida de forma operacional como «a experiência pessoal da transcendência do sofrimento», que os médicos podem realizar através do reconhecimento, diagnóstico e alívio do sofrimento, bem como pela ajuda à transcendentização do sofrimento, por resposta a atitudes várias ⁽⁶⁴⁾.

As organizações sabem que a formação e o conhecimento são uma área-chave para a melhoria da utilização dos recursos disponibilizados, e que a eficácia e a eficiência serão tanto maiores quanto melhor for o conhecimento detido por aqueles que com elas colaboram. Em saúde, é sabido que quanto maior é a oferta, maior é a procura, e que esta pode ser motivada por factores pessoais ou sociais. A informação é, pois, determinante, pelo que o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento colocou na sua página informação compilada para doentes e para médicos ⁽⁶⁵⁾. Também por esta razão o Estado criou entidades especificamente destinadas ao estudo da regulação e qualidade na prestação de cuidados de saúde/optimização da utilização dos recursos disponíveis, sendo disso exemplo a Entidade Reguladora da Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de Dezembro.

O valor que os cidadãos atribuem à saúde é o mais elevado, e o seu preço é cada vez maior, sendo possível pensar que, em termos puramente económicos, a saúde é um quase *non-sense*, pois tende-se a consumir cada vez mais um bem cada vez mais caro, ao contrário do que seria de esperar ⁽⁶⁶⁾. De facto, e apenas no que diz respeito a medicamentos, o preço a pagar tem tido marcados incrementos tanto para o comprador como para o terceiro pagador, com acréscimos de gastos de cerca de 8% entre 1999 e 2003, travado em 2003 pela introdução da chamada «política do medicamento de 2002», a que se seguiram medidas que, erradicamente, levaram à tentativa de promoção de medicamentos genéricos, mas também ao mesmo tempo à sua paragem, por exemplo

e segundo o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2005, «... pela comparticipação da designada “inovação incremental”, instrumento objectivamente frenador da progressão do mercado dos medicamentos genéricos, logo potenciando ganhos para a indústria farmacêutica sem a contrapartida de ganhos de eficiência para o Serviço Nacional de Saúde» ⁽⁶⁷⁾. Ainda segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no seus relatórios de Primavera de 2006 e 2007 «... na sequência do anúncio da liberalização da comercialização de medicamentos não sujeitos a receita médica (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica) não comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde – medida cujo alcance e dimensão careceria de estudos que adequadamente a fundamentassem – assistiu-se à liberalização dos preços. [...] A informação disponível aponta para o aumento generalizado dos preços dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica face ao período prévio à liberalização, com evidência de que os preços de venda ao público nestes novos estabelecimentos são, na generalidade, superiores aos preços praticados nas farmácias.» Isto pode significar uma forma de redução do excesso de consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica Obrigatória ^(68,69).

Convém notar que e quase em contraponto, na análise por Doses Diárias Definidas prescritas por 1000 habitantes/período de tempo e na análise de Preço de Dose Diária Definida de antibióticos, a introdução de suportes informáticos para a prescrição obtém resultados que consubstanciam a sua redução, em eventual contraciclo ao que o Observatório Português dos Sistemas de Saúde descreve em relação aos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, e que pode significar tanto a redução de medicação, como a prescrição a mais baixo preço, pelo menos nos antibióticos, por várias razões, uma das quais sendo o conhecimento que os prescritores passam a ter sobre o preço dos medicamentos, bem como sobre o perfil terapêutico longitudinal de cada paciente ⁽⁷⁰⁾.

Em Portugal, o impacte dos meios de comunicação social, obedecendo apenas a uma lógica de vender notícia e estando esta apenas na visão do que seja apelativo e diferente do normal, leva a que passe para a população o disfuncionamento das estruturas de saúde e o grave problema de saúde e de morte, o que de certa forma desvirtua o que é uma estrutura, o seu processo de trabalho e o resultado obtido em saúde e que os inquéritos populacionais confirmam ser bom ⁽⁷¹⁾. Segundo Villaverde Cabral, para o ano de 2001, o uso de medicamentos foi mais expressivo e teve particular significado

estatístico nas mulheres, na população com mais de 50 anos e nos rendimentos familiares de 30 €/dia; ou seja, o uso de medicamentos era mais intenso nas chamadas famílias de classe média-baixa que nas de classe alta, sendo de notar ainda que a automedicação era mais importante nas mulheres, nas pessoas com idade entre os 30 e os 49 anos e naquelas com conhecimentos (formação) mais elevados, bem como com maiores rendimentos, com medicamentos sujeitos ou não a receita médica obrigatória ⁽⁷²⁾. Ainda segundo este trabalho referiam em 2001 tomar continuamente medicamentos menos de metade dos inquiridos.

Anos antes, a Revista Crítica de Ciências Sociais, no seu número 23, de Setembro de 1987, apresentou três trabalhos em que, por um lado, se dava a perceber a necessidade de uma medicina de proximidade, necessidade essa que a Medicina Geral e Familiar vinha colmatar – podendo assim ser reduzidos os custos e melhorada a qualidade da saúde, no quadro de uma Medicina baseada em princípios científicos, mais tarde chamada de evidência, e que ressurgia pelo quase esgotamento do modelo hospitalocêntrico que, já em outros países, se havia percebido não conseguir resolver os problemas macro colocados, porque apenas se preocupava com a doença ⁽⁷³⁾. No entanto e quase em contradição directa, Berta Nunes mostra como as populações, apesar da proximidade do seu médico de família, preferem muitas vezes, por preconceito, por crença ou por facilidade de uso, ou por saberem dos melhores resultados, outro tipo de cuidados que não os da Medicina Convencional, que a própria autora pratica, mas à qual não pode atribuir a chancela de única credível ⁽⁷⁴⁾. Na mesma revista, Hespanha mostra como é muito relativa a valorização da doença ou do desgaste do corpo, em função do local onde se trabalha e da função que se desempenha, fruto de passados vividos e de créditos variáveis que se dão à doença ⁽⁷⁵⁾.

A medicina popular, acessível pela internet ⁽⁷⁶⁾ e com formas magistrais de preparação e indicação de remédios caseiros, tem forte tradição e cultura em Portugal, tendo mesmo um congresso anual, baseado no temor da perda de tradições e costumes fundamentais para as gentes de Barroso ⁽⁷⁷⁾. O congresso é uma importante mostra destes assuntos da terapêutica popular, que as próprias televisões destacam com interessantes reportagens, em que as indicações são fornecidas, mas as concentrações dos preparados, sua posologia e actuação não são descritas.

No âmbito do que designamos por remédio, temos também a Acupunctura, com os seus conhecimentos milenares trazidos da China, acessível a todos quantos a desejam. Tem em Portugal uma Sociedade Científica maioritariamente composta por médicos, contando já com um Curso de Pós-Graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ⁽⁷⁸⁾. Numa assumpção de identidade, confrontando mesmo resultados para indicações específicas contra medicamentos, foi publicado pelo National Institutes of Health o *Consensus Development Conference Statement*, sendo que neste documento científico fica demonstrada a eficácia, adjuvante nuns casos e superior noutros, quanto a indicações específicas como a dor pós-cirúrgica em cirurgia dentária ou a emese em quimioterapia. Em outras situações de reclamada eficácia, como «as dependências de drogas, a reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral, cefaleias, dismenorreia, algias lombares, epicondilite, fibromialgia, osteoartrite, síndrome do túnel cárpico e asma, a acupunctura pode ser um tratamento adjuvante ou uma alternativa aceitável, e ser incluída num programa coerente de terapia» ⁽⁷⁹⁾.

A elaboração de remédios caseiros está também hoje em dia facilmente acessível via Internet ⁽⁸⁰⁾, sendo possível aprender como fazê-los e quais as suas indicações. No entanto, dose e posologia são duas grandes lacunas que se observam, quando consultada a informação.

Outra forma de cuidados terapêuticos por remédios é a osteopatia/naturopatia que também pode ser acedida pela internet mas sem que aqui seja conhecida a valia comparativa. Tem em Portugal associação ⁽⁸¹⁾.

É provável que o acesso, o custo, a crença e a falta de resultados pela utilização de medicamentos possam redundar em utilização de remédios. Provavelmente, o resultado que o paciente pretende pode estar mais para além do facto científico que pode ser transmitido. E é também possível que a sensação de doença esteja relacionada com outros determinantes que não apenas a dimensão física do sofrimento e o domínio intrínseco da espiritualidade, em que aspectos ambientais e ambienciais do recurso a tecnologias de terapêutica colhem resultados diferentes.

Como é que se avalia o sucesso de efeitos dos medicamentos pelos que os tomam ou a eles recorrem para uma melhoria do seu estado de saúde?

Para potenciar o controlo ou a cura, julga-se que a melhoria da informação detida acerca de medicamentos, ferramenta modificadora de funções químicas orgânicas, é crucial para os melhores resultados em saúde, quando os medicamentos são usados.

A importância de estudar um campo, que se caracteriza pela «necessidade de tomar medicamentos e as suas determinantes», bem como pela «importância do conhecimento do que julgam os doentes que seja um medicamento, das expectativas perante a toma de um medicamento e de como ele actua no organismo (Farmacodinâmica) e de como dele o organismo se liberta (Farmacocinética), bem como os campos do conhecimento quanto ao que é pensado na comparação entre medicamentos e remédios, entendidos como os “chás” (infusões), e outros tratamentos nos quais incluíremos as medicinas naturais e a acupunctura», é real até por não termos encontrado bibliografia sobre a área.

Desta forma, é considerado importante trabalho tendente a verificar qual ou quais os conhecimentos sobre a tecnologia terapêutica farmacológica que a população em geral tem, medindo ao mesmo tempo o impacto que a correcta informação pode ter na adesão e nos custos da terapêutica e que o presente trabalho pretende realizar através de observação, intervenção e reobservação.

II – Objectivos

1 – Geral

No universo de um Centro de Saúde:

Verificar o conhecimento dos utilizadores sobre medicamentos, através de questionário especificamente desenhado (Anexo I) e de «*Beliefs about Medicines Questionnaire – general*» (Anexo I).

2 – Específicos

Conhecer:

- Os determinantes da utilização de medicamentos pela população em geral;
- O conceito de medicamento;
- A relação medicamento/corpo;
- As razões para acesso a medicamentos.

Admite-se como hipótese nula no primeiro ponto de observação do estudo que:

Numa amostra de características etárias representativas da Pirâmide Etária do Centro de Saúde de Eiras, idade média acima dos 50 anos, vivendo sobretudo acompanhado, com maior frequência de mulheres residindo sobretudo em meio de freguesia predominantemente urbana, com ocupação primordial em sector secundário e reformados e com formação diversificada mas com predomínio de até ao 12º ano, há noção de que o medicamento:

- É um produto artificial, não natural e feito em laboratório industrial, constituído por substância activa e excipientes;

- É uma substância que cura doenças e melhora a saúde;
- Não pode produzir resultados sem a ajuda do próprio.

São motivos para tomar medicamentos:

- O alívio de queixas (sintomas e sinais);
- A procura de se sentir bem (melhoria da qualidade de vida);
- O auto-convencimento de que se não os tomar não melhora e de que se está habituado;
- A indicação médica;
- O aconselhamento de enfermeiros e
- O aconselhamento de farmacêuticos.

São conhecimentos acerca de farmacodinâmica e farmacocinética:

- Actuação do medicamento em toda a economia do organismo;
- Correção de funções fisiológicas alteradas, bem como indução de outros efeitos fisiológicos;
- Que o medicamento pode alterar funções psicológicas;
- Que o medicamento é absorvido, metabolizado e eliminado;
- Que o medicamento não corrige os erros diários;
- Que o medicamento pode causar reacções adversas;
- Que os consumidores de fármacos sabem como um medicamento actua no organismo.

Que quanto a medicamentos e economia:

- O medicamento não é entendido como uma mercadoria tal como o pão;
- Os medicamentos seriam mais consumidos se estivessem fisicamente mais acessíveis – pela localização em loja e pelo preço;
- Os consumidores escolhem os medicamentos prescritos pelos médicos segundo o preço e o problema de saúde sentido mais importante;

- A aceitação de tomar medicamentos advém de uma explicação por médico sendo esperado que todas as consultas resultem em prescrição.

Os remédios já foram acedidos por cerca de 25% da população, sendo considerados tão eficazes como os medicamentos; a acupuntura foi já experimentada por cerca de 25% da amostra, sendo considerada tão eficaz como os medicamentos; a «medicina natural» foi também já experimentada por cerca de 25% dos inquiridos, mas com resultados inferiores aos dos medicamentos.

Cerca de 25% dos inquiridos que utilizam remédios fazem-no ao mesmo tempo que tomam medicamentos, e, dos que tomam medicamentos, é de cerca de 15% a proporção dos que ao mesmo tempo tomam remédios.

E ainda, quanto à cognição associada a medicamentos, que:

- Os médicos não receitam demasiados medicamentos;
- Quem toma medicamentos não deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando;
- A maior parte dos medicamentos cria habituação;
- Os remédios não são mais seguros que os medicamentos;
- Os medicamentos não fazem mais mal do que bem;
- Os medicamentos não são todos venenos;
- Os médicos confiam demasiado nos medicamentos;
- Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos.

Caso os resultados obtidos sejam diferentes da hipótese agora formulada, haverá lugar a intervenção formativa e informativa, de carácter público, sendo o alvo o Universo populacional da zona de influência do Centro de Saúde de Eiras. .

Em função dos resultados, desenhar informação ao universo populacional;

Conhecer a eficácia e eficiência da campanha de informação, pela medição do impacto desta nos capítulos, ou em suas partes, considerados com piores resultados em relação à hipótese nula, sendo objectivo que os desvios à hipótese nula se atenuem ou desapareçam.

III – Material

1 – Material do estudo

1.1 – Primeira fase do estudo

1.1 a) Questionário “Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...” (construído e validado pelo autor, por validação interna e externa seguida de validação linguística; ver capítulo relativo à metodologia, p. 51 e Anexo I), com afirmações para avaliação de capítulos específicos:

- Capítulo 1 – Conhecimento sobre o que é o medicamento:
 - Produto natural
 - Produto feito em laboratório
 - Produto industrial
 - Preparado que não se pode fazer em casa
 - Conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo
 - Substância que cura doenças
 - Substância que melhora a saúde
 - Algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!
- Capítulo 2 – Motivos para consumo de medicamentos:
 - O alívio de queixas
 - A procura de me sentir bem
 - A cura de uma doença
 - A indicação de vizinhos
 - A publicidade de revistas
 - A publicidade de televisão
 - A publicidade da rádio
 - Julgar que «se os não tomar não melhora!»
 - O estar «habitado»

- A indicação de médico
 - A indicação de enfermeiro
 - A indicação de farmacêutico

- Capítulo 3 – Medicamento, como actua no corpo:
 - O medicamento actua em todo o corpo
 - O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo
 - O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.
 - Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.
 - Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.
 - Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.
 - O medicamento corrige os erros que faço diariamente.
 - Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo
 - Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.
 - Sei como um medicamento actua no organismo.

- Capítulo 4 – Medicamento, seu valor económico:
 - O medicamento é uma mercadoria como o pão.
 - Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.
 - Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.
 - Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados
 - Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.
 - Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.
 - Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.
 - Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.

- Capítulo 5 – Conhecimento sobre acesso a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupuntura ou preparado caseiro tradicional) e comparação de eficácia comparada com medicamentos:
 - Já tomei remédios da «ervanária»;
 - são tão eficazes como os medicamentos da farmácia.
 - Já comprei remédios vendidos em outras lojas;
 - são tão eficazes como os medicamentos da farmácia.
 - Já recorri à «acupuntura»;
 - é tão eficaz como os medicamentos da farmácia.
 - Já utilizei remédios de «medicina natural»;
 - são tão eficazes como os de venda na farmácia.
 - Já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios.
- Capítulo 6 – Representação cognitiva de medicamentos no ambulatório de Clínica Geral – *Beliefs about Medicines Questionnaire* ⁽⁵⁰⁾

Tendo sido o questionário já validado na versão em inglês, foi aqui utilizado na sua versão «geral». Permite obter informação sobre a cognição dos inquiridos quanto à necessidade de tomar medicamentos e sua indicação, medo de dano pelo medicamento e atitudes acerca da toma de medicamentos.

Permite, assim, coligir:

- Informação acerca da prescrição pelos médicos;
- Informação acerca de segurança da medicação;
- Informação acerca da prescrição face ao tempo de contacto com o médico.

1.1 b) Variáveis epidemiológicas utilizadas:

- Idade: em anos.
- Grupo etário: 16 – 35 anos; 36 – 50 anos; 51 – 65 anos; \geq 66 anos.
- Tipo de vida familiar: só ou acompanhado.
- Sexo: masculino ou feminino.
- Formação escolar ou académica: analfabeto; sabe ler e escrever; 4.^a classe (antiga)/ 9.^o ano; 7.^o ano (antigo)/ 12.^o ano; técnico; superior.
- Grupo formação escolar: básica (sabe ler e escrever; 4.^a classe/ 9.^o ano) ou média/ superior (7.^o ano/ 12.^o ano; técnico; superior).
- Padecimento de patologia crónica: sim ou não.
- Ocupação ou situação laboral: rural, comércio, indústria, serviços, doméstica, desempregado, reformado, estudante.
- Grupo actividade laboral: activos (rural, comércio, indústria, serviços, doméstica) ou não-activos (desempregado, reformado, estudante).
- Freguesia de residência: predominantemente urbana, mediantemente urbana ou predominantemente rural; Tipo de Freguesia do local de atendimento médico.
- Toma contínua de medicamentos: sim ou não.
- Toma contínua de remédios: sim ou não.

1.2 – Segunda fase do estudo

Na fase segunda do estudo, o questionário entregue tinha diferente estrutura pois destinava-se a medir o impacte da informação, sobre afirmações específicas, já anteriormente aplicadas (ver Anexo III).

1.2 a) Variáveis epidemiológicas utilizadas:

- Idade: em anos.
- Grupo etário: 16 – 35 anos; 36 – 50 anos; 51 – 65 anos; \geq 66 anos.
- Tipo de vida familiar: só ou acompanhado.
- Sexo: masculino ou feminino.

- Formação escolar ou académica: analfabeto; sabe ler e escrever; 4.^a classe (antiga)/ 9.º ano; 7.º ano (antigo)/ 12.º ano; técnico; superior.
- Grupo formação escolar: básica (sabe ler e escrever; 4.^a classe/ 9.º ano) ou média/ superior (7.º ano/ 12.º ano; técnico; superior).
- Padecimento de patologia crónica: sim ou não.
- Ocupação ou situação laboral: rural, comércio, indústria, serviços, doméstica, desempregado, reformado, estudante.
- Grupo actividade laboral: activos (rural, comércio, indústria, serviços, doméstica) ou não activos (desempregado, reformado, estudante).
- Freguesia de residência: predominantemente urbana ou mediantemente urbana ou predominantemente rural.
- Toma contínua de medicamentos: sim ou não.
- Toma contínua de remédios: sim ou não.

1.2 b) Questões fechadas:

- Leitura de texto sobre «Medicamentos e o corpo» em *Diário de Coimbra*, *As Beiras* ou *Campeão das Províncias*: «sim», «não» ou «não me lembro».
- Audição no *Rádio Clube do Centro*, na *RTP 1* ou *Rádio Regional do Centro* de informação sobre o tema dos medicamentos: «sim», «não», ou «não me lembro».
- Visualização de cartazes sobre «Medicamentos e o corpo»: «sim», «não», ou «não me lembro».
- Contacto com pequenos folhetos sobre medicamentos: «sim», «não», ou «não me lembro».
- Se, tendo respondido «sim» a alguma das questões acima, o seu julgamento foi modificado: «sim», «não», ou «não sei».

1.2 c) Questionário:

Verificam-se as mesmas afirmações e o mesmo tipo de resposta do 1.º questionário, mas apenas para as áreas em que a aplicação inicial havia mostrado piores resultados do que a hipótese nula inicialmente colocada.

2 – População inquirida.

Em ambas as fases, foi inquirida população constituída por homens e mulheres com mais de 16 anos, sabendo ou não ler e escrever, os utilizadores de um Centro de Saúde, o de Eiras, do universo dos residentes na área de influência do Centro de Saúde de Eiras, em área urbana, peri-urbana e rural do Concelho de Coimbra, em períodos específicos no tempo. Para aqueles que não soubessem ler, foi dada orientação para o preenchimento auxiliado por colaboradores da máxima confiança.

3 – Colaboração

Funcionários administrativos de atendimento ao público, do Centro de Saúde de Eiras, que gentilmente acederam a entregar os questionários e a esclarecer quaisquer dúvidas, ao mesmo tempo que a incentivar a resposta.

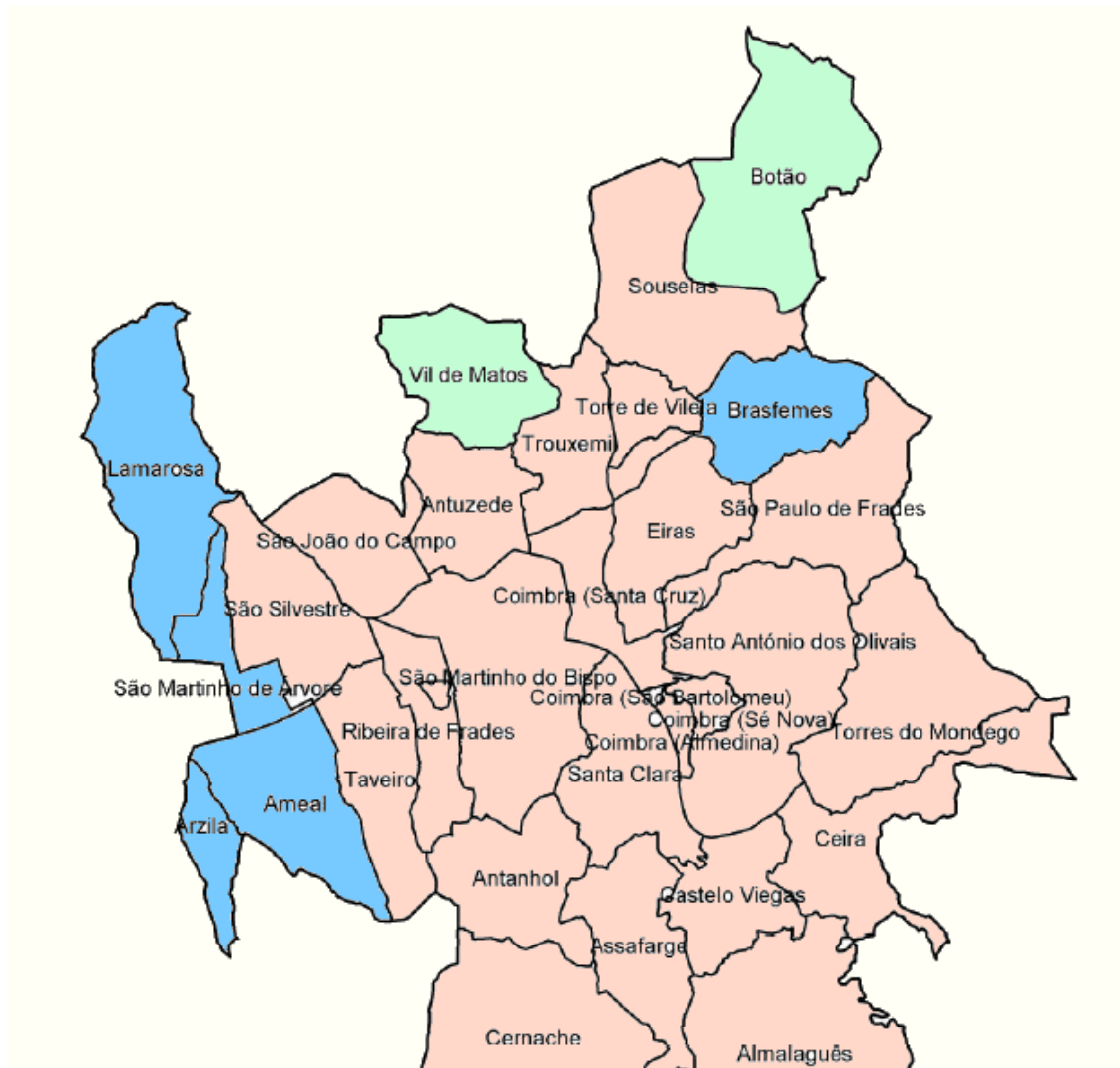
4 – Universo, população, amostra e caracterização epidemiológica da região em que se realiza o trabalho – o Centro de Saúde de Eiras.

4.1 – Localização do Centro de Saúde de Eiras

Segundo o diagnóstico de situação do Centro de Saúde de Eiras, para o ano de 2007, efectuado por Inês Rosendo, médica interna da especialidade de Medicina Geral e Familiar e com o seu consentimento, a que se juntaram dados conhecidos fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística e pela Direcção Regional de Educação do Centro, far-se-á de seguida uma breve caracterização epidemiológica da área em que se situa o Centro de Saúde de Eiras, para os efeitos aqui pretendidos.

O distrito de Coimbra inclui-se na Nomenclatura das Unidades Territoriais de tipo II para fins estatísticos) do Centro de Portugal. Tem uma área de 3947 km² e uma população residente, em 2001, de 441 245 indivíduos. É uma zona de contrastes topográficos, dominada pelo vale do rio Mondego e seus afluentes Alva e Ceira, em que as zonas montanhosas e a distância ao mar condicionam grande amplitude de temperaturas.

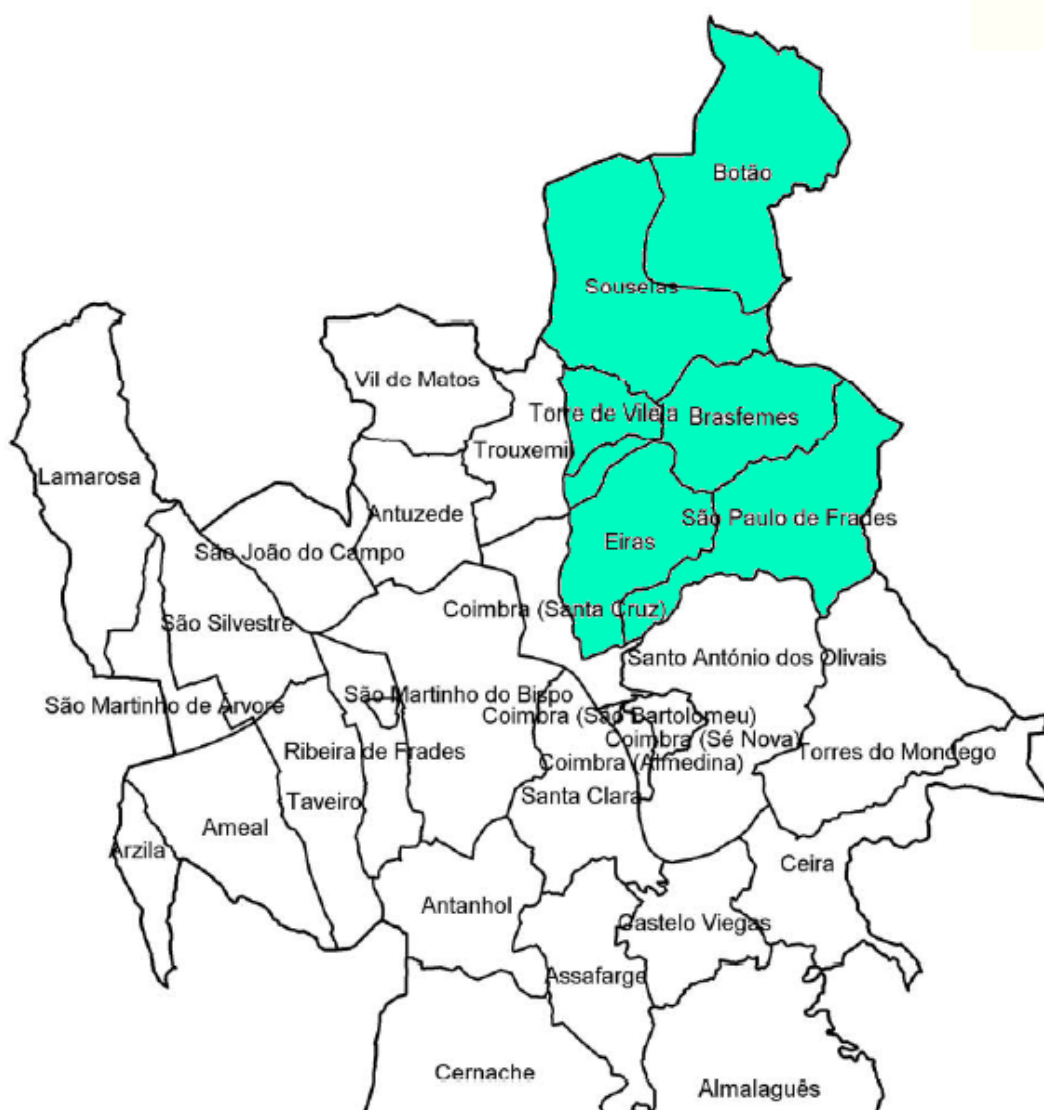
Figura 1: Freguesias do Concelho de Coimbra (*).



Nota (*): A verde, as freguesias predominantemente rurais; a azul, as freguesias medianamente urbanas e a rosa as freguesias predominantemente urbanas.

O concelho de Coimbra, capital de distrito, com uma área de 319,4 km², está a uma distância de 116 e 197 km das duas maiores cidades, ou seja, do Porto e de Lisboa, respectivamente. Situa-se na Nomenclatura das Unidades Territoriais de tipo III do Baixo Mondego (Figura 1), juntamente com os concelhos de Cantanhede, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mira, Montemor-o-Velho, Penacova e Soure, correspondendo a cerca de 1,4% do total da zona Centro. É constituído por 31 freguesias, das quais 24 são predominantemente urbanas, 5 são medianamente urbanas e 2 são predominantemente rurais.

Figura 2: Freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras e sua tipologia segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais, a verde.



4.1.1 – A área geográfica de abrangência do Centro de Saúde de Eiras

Compreende as freguesias de Eiras, S. Paulo de Frades, Torre de Vilela, Brasfemes, Botão e Souselas. Observa-se desde 2005, ano da abertura da nova sede do Centro de Saúde, e com a chegada de mais um recurso médico, a inscrição de indivíduos residentes em outras freguesias predominantemente urbanas, nomeadamente Santa Cruz e Adémia. Seguidamente, apresentam-se, em traços gerais, as freguesias em questão:

Eiras é uma freguesia predominantemente urbana a cerca de quatro km a norte de Coimbra, com 9,81 km², encontra-se na margem esquerda de um afluente do rio Botão: a ribeira de Eiras. O rio Botão desagua, por sua vez, na margem direita do Mondego, juntamente com a ribeira de Ançã. Para a margem esquerda, contribuem os afluentes Ceira, Dueça e a ribeira de Antanol. Trata-se de uma área cada vez mais apetecida para instalações de carácter industrial e comercial, tendo vindo a experimentar importante crescimento populacional pelas boas ligações à cidade de Coimbra.

S. Paulo de Frades é uma freguesia predominantemente urbana, incluída na área de influência que o Centro de Saúde de Eiras abarca. Localizada a 5 km a nordeste de Coimbra, com 15 km², possui um solo fértil, explicando-se assim a actividade agrícola, apesar de constituir perímetro urbano.

Torre de Vilela, igualmente uma freguesia predominantemente urbana, situa-se a 6 km da cidade, com uma área de 3,3 km², sendo a freguesia mais pequena. Zona de grande fertilidade, pertence aos «campos do Mondego».

Brasfemes, freguesia mediantemente urbana, tem 9,2 km² e está a 12 km de Coimbra. É rica em pedra de cantaria. As nascentes das pequenas ribeiras do Vale Covo e do Agrelo pertencem-lhe e desaguam no rio Botão. Este rio nasce, como o próprio nome indica, na freguesia homónima.

Botão, freguesia predominantemente rural, encontra-se a nordeste de Coimbra, tem uma área de 17,3 km² e possui solos de características férteis; é cruzado pelo IC2, via de comunicação transversal que vai da Figueira da Foz a Vilar Formoso.

Souselas, freguesia predominantemente urbana, conta com 15,7 km² de solo argiloso e calcário, é predominantemente industrial e muito conhecida pela cimenteira aí localizada.

4.1.2 – População residente nas freguesias abrangidas pelos Centro de Saúde de Eiras

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) e conforme o Programa Rede Social, em 2001 a população residente na área de influência do Centro de Saúde era de 25786 habitantes, como se constata no Quadro I.

Quadro I: População, por sexos, residente nas freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras em 2001.

Freguesia	Homem (n)	Mulher (n)	Total (n)
Botão	795	888	1683
Brasfemes	900	947	1847
Eiras	5578	6474	12052
S. Paulo de Frades	2807	3105	5912
Souselas	1564	1582	3146
Torre de Vilela	555	591	1146
Total	12199	13587	25786

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Census 2001.

No Quadro II, é mostrada a caracterização familiar e a população agrícola em cada freguesia da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, para os anos de 2001 e 1999, respectivamente.

Quadro II: Caracterização familiar e população agrícola em cada freguesia na área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, para os anos de 2001 (famílias) e 1999 (população agrícola), respectivamente.

Freguesia	Famílias clássicas (n) 2001	População agrícola (n) 1999
Botão	574	444
Brasfemes	617	119
Eiras	4479	123
S. Paulo de Frades	2025	303
Souselas	1036	692
Torre de Vilela	377	138

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Census 2001.

4.1.3 – Escolaridade na Zona de Abrangência do Centro de Saúde de Eiras

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, o peso relativo da população analfabeta em 2001, na área de influência do Centro de Saúde de Eiras, era o indicado no Quadro III, onde também é mostrado o valor para o conselho de Coimbra e para o total nacional.

Quadro III: Analfabetismo nas freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, no concelho de Coimbra e em Portugal.

Freguesia	Analfabetismo (%)
Botão	10,8
Brasfemes	4,6
Eiras	4,5
S. Paulo de Frades	8
Souselas	10,3
Torre de Vilela	8,3
Concelho de Coimbra	6,4
Nacional	9

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Census 2001.

Ainda segundo o Instituto Nacional de Estatística, e para o ano em consideração, a distribuição por nível de ensino/freguesia era o que se descreve no Quadro IV.

Quadro IV: Nível de ensino em peso relativo para as freguesias da área de influência do Centro de Saúde de Eiras, no ano de 2001.

Freguesia/ Nível ensino	Sem ensino (%)	1º Ciclo (%)	2º Ciclo (%)	3º Ciclo (%)	Secun- dário (%)	Médio (%)	Supe- rior (%)	A frequentar (%)
Botão	14,2	44,3	11,3	11,0	13,5	0,2	5,4	18,4
Brasfemes	8,7	35,6	10,0	10,7	19,7	0,8	10,5	22,5
Eiras	11,3	25,8	9,6	10,8	19,5	1,0	22,0	26,6
S. Paulo de Frades	12,1	32,6	10,8	11,5	18,4	0,6	14,1	23,8
Souselas	14,2	35,3	15,1	11,8	16,1	0,3	7,3	19,3
Torre de Vilela	12,6	36,6	13,5	10,8	16,3	0,6	9,6	21,2

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Census 2001.

Para o ano de 2007, e segundo fonte da Direcção Regional de Educação do Centro, são fornecidos no Quadro V o número de alunos inscritos por freguesia da área de influência do Centro de Saúde. Estes valores reflectem apenas a localização das instalações de ensino, podendo estar inscritos alunos provenientes de outras freguesias.

Quadro V: Número de alunos inscritos por freguesia da área de influência do Centro de Saúde, ano lectivo de 2007-2008.

Freguesia	Jardim de Infância	EB 1.º Ciclo	EB 2.º Ciclo	EB 3.º Ciclo	Escola Secundária	Cursos de Educação e Formação
Botão	20	66	0	0	0	0
Brasfemes	31	52	0	0	0	0
Eiras	92	208	490	632	135	158
S. Paulo de Frades	45	238	0	0	0	0
Souselas	20	140	166	274	104	107
Torre de Vilela	19	64	0	0	0	0

Fonte: Direcção Regional de Educação do Centro, 2008.

Nota: EB = Escola Básica

4.1.4 – A população economicamente activa

4.1.4.1 – População empregada por sectores de actividade

No Quadro VI, apresenta-se a proporção de população economicamente activa, para os anos de 1991 e 2001, segundo a freguesia de residência e sector de actividade

Quadro VI: Proporção da população economicamente activa para os anos de 1991 e 2001, nas freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, por sector de actividade.

Freguesia/Sector de actividade	Primário 1991/2001 (%)	Secundário 1991/2001 (%)	Terciário 1991/2001 (%)
Botão	46,0 / 20,0	20,0 / 36,7	34,0 / 43,3
Brasfemes	15,0 / 3,0	19,0 / 15,8	66,0 / 81,2
Eiras	13,0 / 3,0	33,0 / 18,5	54,0 / 78,5
S. Paulo de Frades	15,0 / 0,9	25,0 / 28,1	60,0 / 71,0
Souselas	41,0 / 1,7	41,0 / 41,4	18,0 / 56,9
Torre de Vilela	60,0 / 1,4	60,0 / 31,0	40,0 / 67,6

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2001

4.1.4.2 – População desempregada

No Quadro VII, e segundo o Instituto Nacional de Estatística, são referidos os valores da taxa de desemprego no distrito de Coimbra e nas freguesias da área de influência do Centro de Saúde.

Quadro VII: Taxa de desemprego no distrito de Coimbra e nas freguesias da área de influência do Centro de Saúde.

Local	1991 (H/M) %	2001 (H/M) %
Distrito de Coimbra	6,2	6,1
Freguesia do Botão	6,4	4,5
Freguesia de Brasfemes	4,7	5,8
Freguesia de Eiras	7,6	7,7
Freguesia de São Paulo de Frades	4,5	6,7
Freguesia de Souselas	6	6,9
Freguesia de Torre de Vilela	4,4	3,8

Fonte: Instituto Nacional de Estatística; Nota: H=homens; M=mulheres

4.1.5 – Comunicação Social

Não se encontram meios de comunicação social, visto não existirem na zona rádios, jornais, ou mesmo revistas locais. Apenas em Eiras se publica o jornal *O Ribeirinho*, mas sem data ou periodicidade determinada.

O *Diário de Coimbra* tem a sua redacção e gráfica em Eiras, mas não funciona como meio de comunicação que traduza a informação dessa zona propriamente dita. Também a Rádio Regional do Centro aqui tem as suas instalações administrativas, estando os estúdios situados em Condeixa-a-Nova.

4.1.6 – Recursos culturais, recreativos e religiosos

Considerando-se que os factores geográficos, sanitários, políticos, socioeconómicos, psicoculturais e demográficos influenciam a saúde física, mental e social, as actividades culturais e recreativas de uma comunidade são fundamentais para o seu bem-estar e saúde. A participação activa dos seus membros na promoção desses recursos favorece o equilíbrio físico e psicológico através de comportamentos e estilos de vida saudáveis, e promove igualmente relações de socialização dentro e entre grupos, minimizando factores de risco de determinadas doenças e comportamentos, nomeadamente os aditivos.

Também a interacção entre elementos de idades tão diferentes como os idosos e as crianças é salutar, e proporciona a transmissão de valores culturais e morais. Tradicionalmente católica, a população das freguesias da área do Centro de Saúde de Eiras tem ao seu dispor uma igreja paroquial e um cemitério por cada uma das freguesias, com capelas várias; há devoção aos seus Santos Padroeiros ao longo de todo o ano. Não obstante, verifica-se a existência e o aumento, nos últimos anos, segundo dados do Centro de Saúde de Eiras, de outras religiões e culturas. São ainda bastante insuficientes os recursos culturais e recreativos de que dispõe a população da área do Centro de Saúde de Eiras, destacando-se Souselas e Torre de Vilela pelo maior número de Associações Desportivas e Centros de Cultura, e salientando-se Eiras e Brasfemes pela negativa, já que não possuem qualquer Centro Cultural. De referir que apenas em

Souselas e Eiras existem estruturas de apoio social, para idades infanto-juvenis e para idosos como, por exemplo, a Fundação Beatriz Santos, a Associação de Solidariedade e Cultural Sol-Eiras, o Projecto Horizontes, a Associação Cultural e Recreativa de S. Paulo de Frades e a Associação para o Desenvolvimento Integrado das juntas de freguesia a norte de Coimbra.

4.2 – O Centro de Saúde de Eiras

4.2.1 – Historial

O Centro de Saúde de Eiras começou por ser uma extensão do Centro de Saúde de Coimbra, tendo-se tornado em 1986 uma extensão do Centro de Saúde Fernão Magalhães. Em 1991, foi transformado no Centro de Saúde de Eiras, cuja sede funcionou inicialmente num edifício sito na Rua da Cruz Nova, n.º 2, 3020 – Eiras.

A sede localizava-se num edifício confinado a um pequeno espaço, entre dois prédios e sobre uma farmácia. O Centro de Saúde de Eiras ocupava um edifício de dois andares, sendo precisamente o piso superior o correspondente à sala de espera dos utentes e aos gabinetes médicos. Este espaço tornava-se então insuficiente, uma vez que o seu único acesso era uma escada pouco larga, cujo corrimão se encontrava do lado interno.

As actuais instalações da sede situam-se a cerca de 500 metros das anteriores, na Rua João Manuel Lopes Pinheiro (na periferia da localidade de Eiras) e foram inauguradas a 18 de Janeiro de 2005.

4.2.2 – População inscrita no Centro de Saúde de Eiras

A área de influência geográfica do Centro de Saúde foi acima caracterizada em termos socioeconómicos.

No entanto, a realidade da população que se encontra inscrita no Centro de Saúde é um pouco diferente pois, por razões de facilidade de deslocação, por razões laborais e outras, alguns elementos aqui residentes são atendidos em outros Centros de Saúde, e pessoas residentes em freguesias limítrofes são-no aqui. Talvez pela recente abertura da

nova sede do Centro de Saúde e pela existência de mais um recurso médico desde Julho de 2005, verifica-se acentuado pedido de novas inscrições. Pelo Quadro VIII, verifica-se que o sexo masculino representa 48,5% dos inscritos, sendo a população ainda jovem.

Quadro VIII: População inscrita no Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	84	82	166	1,0
1-9 anos	762	739	1501	8,8
10-19 anos	878	866	1744	10,2
20-29 anos	1131	1169	2300	13,4
30-39 anos	1471	1510	2981	17,4
40-49 anos	1258	1329	2587	15,1
50-59 anos	1130	1177	2307	13,5
60-69 anos	854	889	1743	10,2
70-79 anos	527	667	1194	7,0
≥ 80 anos	220	400	620	3,6
Total	8315	8828	17143	---

Fonte: SINUS, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, ARS do Centro, Ministério da Saúde.

De acordo com o programa informático do Ministério da Saúde, Serviço Informático para as Unidades de Saúde, são fornecidos no Quadro IX os sectores de actividade declarados aquando da inscrição no Centro de Saúde.

Quadro IX: Actividade profissional da população inscrita no Centro Saúde.

Actividade profissional	n inscritos com médico de família atribuído	%
Activo	8965	51,5
Reformado	2893	16,6
Estudante	2417	13,9
Não aplicável	1059	6,1
Desconhecido	0	0
Não activo	2073	11,9
Total	17407	100

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.2.3 – Estrutura do Centro de Saúde

4.2.3.1 – Estrutura humana e profissional

Segundo fonte do próprio Centro de Saúde, a estrutura técnica e humana do Centro é a que abaixo se fornece:

Quadro X: Estrutura técnica do Centro de Saúde de Eiras.

Estrutura	Médicos	Enfermeiros	Administrativos	Outros	Auxiliares
Sede	6 (*)	7	4	1 motorista 1 telefonista 1 assistente social	3
Botão	1	1	1	--	--
Brasfemes	2	1	1	--	--
S.Paulo de Frades	1	1	1	--	--
Souselas	2	2	2	--	1
Torre de Vilela	1	1	1 (**)	--	--

Nota: (*) Médico ex-Serviços Médico-Sociais; (**) Funcionária da Junta de Freguesia.

No sector médico nota-se boa distribuição. Para a formação que ministra a alunos do 1º, 5º e 6.º anos da licenciatura e agora Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a internos gerais e a internos de especialidade conta com um quadro de quatro orientadores de especialidade. No quadro existem dois Chefes de Serviço de Clínica Geral, sendo todos os outros médicos Assistentes Graduados da respectiva carreira médica e inscritos no Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos.

No sector de enfermagem, deve realçar-se a existência de especialistas de várias áreas ministrando formação a alunos de enfermagem de várias escolas e em graus diferentes de formação, a par da especialização em enfermagem.

O sector administrativo, de grande importância pelo facto de ser o rosto do Centro de Saúde, tem vindo a ter a tarefa mais especializada, pois passou a ter de melhor gerir o contacto do cidadão com a instituição, deixando de ter o papel, por vezes bem complicado, de gerir, sistematicamente, as agendas médicas.

Em Março de 2008, iniciou funções uma licenciada em Ciências da Nutrição.

O Centro de Saúde de Eiras é ainda campo de estágio para alunos do último ano da licenciatura em Psicologia da Universidade de Coimbra, bem como de alunos em fase final curricular da licenciatura em Serviço Social.

4.2.3.2 – Estrutura física do Centro de Saúde

Todos os gabinetes médicos estão equipados com iguais terminais gráficos e impressoras. Os registos da consulta são efectuados desde o dia 7 de Novembro de 2005 no programa informático *Serviço de Apoio ao Médico*, segundo a codificação *International Classification for Primary Care - 2* ^(82,83), única reconhecida pela Organização Mundial da Saúde para Cuidados de Saúde Primários. Existem ainda no Serviço de Apoio ao Médico outras importantes funcionalidades para ajuda na consulta, como a prescrição electrónica de medicamentos e meios complementares de diagnóstico, de pedido de consultas a outros médicos, de emissão de incapacidade temporária para o trabalho (vulgo, baixa e atestado médicos) e de possibilidade de marcação de nova consulta pelo médico, pois a aplicação trabalha sobre a aplicação nacional de saúde *Sistema de Informação para as Unidades de Saúde*. É igualmente importante a possibilidade de registo de informação sobre programas de saúde específicos como diabetes, hipertensão arterial, saúde infantil, saúde da mulher e oncologia. Possibilita também contacto directo com os dados de enfermagem. Este facto tornou acessível a todos os médicos o historial clínico, terapêutico e analítico dos doentes que cada médico possa ter de observar e que não estejam inscritos na sua lista de utentes. Têm equipamento para higiene de mãos e marquesa de observação, bem como o equipamento básico para observação de doentes, havendo gabinetes mais enriquecidos, em função das particularidades de cada médico. Em todos os gabinetes é

possível a realização de consulta com acompanhantes do doente e com aluno e/ou interno.

Os gabinetes de enfermagem estão também equipados com meios informáticos, sendo os dados inseridos em Serviço de Apoio a Enfermagem, onde são codificados segundo a Codificação Internacional de Problemas de Enfermagem (⁸⁴). Também para a equipa de enfermagem os dados de cada paciente se encontram disponíveis, em dados de enfermagem, diagnóstico e análises. Há também ligação entre as consultas de enfermagem e médicas, estando os dados de enfermagem disponíveis por doente para o médico, que por esta via pode fornecer orientações e receber informações. A estrutura comporta gabinetes para pensos e gabinetes para ensino e outros trabalhos a realizar fora de área de «sujos».

Os gabinetes de atendimento administrativo estão igualmente equipados com terminais gráficos para a realização de actos de inscrição para a consulta e todas as funcionalidades do «Serviço Informático para as Unidades de Saúde».

4.2.4 – População por Estrutura do Centro de Saúde

4.2.4.1 – Sede:

O edifício da sede do Centro de Saúde de Eiras é um espaço novo, arejado, com excelentes áreas e equipamentos.

Esta estrutura abrange os seguintes lugares: Bairro da Liberdade, Bairro do Ingote, Bairro da Rosa, Bairro de Santa Apolónia, Bairro S. Miguel, Bairro do Loreto, Bairro do Brinca, Casal Lourenço de Matos, Casal da Rosa, Casais de Eiras, Cordovão, Eiras, Logo de Deus, Monte Formoso, Murtal, Paredes, Penedos, Pinhal do Bispo, Redonda, Ribeira de Eiras, Urbanização Ar e Sol, Urbanização Gorgulhão, Vale da Luz, Várzeas e Vilarinho de Baixo. No Quadro XI, pode verificar-se que o sexo masculino representa 47,9% dos inscritos.

Quadro XI: População inscrita na estrutura da sede do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	51	63	114	1,5
1-9 anos	402	389	791	10,2
10-19 anos	430	422	852	11,0
20-29 anos	526	57	1113	14,4
30-39 anos	711	788	1499	19,4
40-49 anos	572	647	1219	15,7
50-59 anos	487	495	982	12,7
60-69 anos	291	302	593	7,7
70-79 anos	176	224	400	5,2
≥ 80 anos	62	119	181	2,3
Total	3708	4036	7744	---

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.2.4.2. A extensão do Botão

Situa-se no lugar do Botão, a 16 km da sede e abrange os seguintes lugares: Larçã, Mata de S. Pedro, Outeiro do Botão, Paço, Paúl e Póvoa do Loureiro.

No Quadro XII, pode verificar-se que o sexo masculino representa 47,0% dos inscritos.

Quadro XII: População inscrita na estrutura do Botão do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	8	2	10	0,7
1-9 anos	37	64	101	6,8
10-19 anos	57	75	132	8,9
20-29 anos	97	99	196	13,2
30-39 anos	124	119	243	16,4
40-49 anos	93	93	186	12,5
50-59 anos	94	96	190	12,8
60-69 anos	97	102	199	13,4
70-79 anos	58	84	142	9,6
≥ 80 anos	33	53	86	5,8
Total	698	787	1485	---

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.2.4.3 – A extensão de Brasfemes

Situa-se no lugar de Brasfemes, a 5 km da sede, e inclui os lugares de Agrelo, Bostelim, Brasfemes, Lagares, Sinceira e Vilarinho.

No Quadro XIII, pode verificar-se que o sexo masculino representa 48,6% dos inscritos.

Quadro XIII: População inscrita na estrutura de Brasfemes do Centro e Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	8	4	12	0,6
1-9 anos	84	74	158	8,1
10-19 anos	92	105	197	10,1
20-29 anos	126	115	241	12,4
30-39 anos	163	156	319	16,4
40-49 anos	138	137	275	14,1
50-59 anos	128	147	275	14,1
60-69 anos	107	112	219	11,3
70-79 anos	70	87	157	8,1
≥ 80 anos	30	62	92	4,7
Total	946	999	1945	---

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.2.4.4 – A extensão de São Paulo de Frades

Está localizada a 5 km da sede e abrange a Bemposta, Lordemão, Maínça, Rocha Nova e S. Paulo de Frades.

No Quadro XIV, pode verificar-se que o sexo masculino representa 47,4% dos inscritos.

Quadro XIV: População inscrita na estrutura de S. Paulo de Frades do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	2	4	6	0,4
1-9 anos	40	45	85	5,8
10-19 anos	63	66	129	8,8
20-29 anos	93	92	185	12,6
30-39 anos	97	94	191	13,0
40-49 anos	108	126	234	15,9
50-59 anos	111	110	221	15,0
60-69 anos	94	102	196	13,3
70-79 anos	68	88	156	10,6
≥ 80 anos	21	48	69	4,7
Total	697	775	1472	---

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.2.4.5 – A extensão de Souselas

Situada a 11 km da Sede, presta assistência aos seguintes locais: Marmeleira, S. Martinho do Pinheiro, Sargento-Mor e Zouparria.

No Quadro XV, pode verificar-se que o sexo masculino representa 50,4% dos inscritos.

Quadro XV: População inscrita na estrutura de Souselas do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	9	7	16	0,5
1-9 anos	136	126	262	8,0
10-19 anos	179	130	309	9,5
20-29 anos	207	204	411	12,6
30-39 anos	268	255	523	16,0
40-49 anos	249	231	480	14,7
50-59 anos	236	241	477	14,6
60-69 anos	194	206	400	12,2
70-79 anos	117	139	256	7,8
≥ 80 anos	55	82	137	4,2
Total	1650	1621	3271	---

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.2.4.6 – A extensão de Torre de Vilela

Fica no lugar com o mesmo nome, a 6 km da sede, e abrange na sua área de acção Logo de Deus, Ponte Vilela, Torre de Vilela e Vilela.

No Quadro XVI, pode verificar-se que o sexo masculino representa 50,2% dos inscritos.

Quadro XVI: População inscrita na estrutura de Torre de Vilela do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.

Grupo etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	%
< 1 ano	6	2	8	0,7
1-9 anos	63	41	104	8,5
10-19 anos	57	68	125	10,2
20-29 anos	82	71	153	12,5
30-39 anos	108	98	206	16,8
40-49 anos	98	95	193	15,7
50-59 anos	74	88	162	13,2
60-69 anos	71	65	136	11,1
70-79 anos	38	45	83	6,8
≥ 80 anos	19	37	56	4,6
Total	616	610	1226	---

Fonte: Serviço Informático Unidades de Saúde, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de Saúde de Coimbra, Administração Regional de Saúde do Centro, Ministério da Saúde.

4.3 – A actividade clínica do Centro de Saúde no biénio 2006-2007

Nos quadros abaixo, é mostrada a actividade do Centro de Saúde. Para uma população média inscrita de 16 800 pessoas em 2006 e de 17 440 em 2007, é de 63,0% a taxa de cobertura em 2006 e de 70,0% em 2007, segundo estatísticas fornecidas pelo Serviço de Estatísticas do Serviço de Apoio ao Médico da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

Quadro XVII: Total de consultas e de utilizadores, e consultas por utilizador para o total do Centro de Saúde nos anos de 2006 e 2007.

Característica/Ano	2006	2007
População total inscrita	16800	17110
n de consultas	53882	52549
n de utilizadores	41311	42503
Consultas por utilizador	1,3	1,24
n de utentes na consulta	10582	11984
Taxa de cobertura	63,0%	70,0%

Fonte: Serviço de Estatísticas do Serviço de Apoio ao Médico da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

Nas consultas efectuadas em 2006 e 2007, foram realizadas codificações quer do motivo do doente para acesso à consulta (S – motivo expresso pelo paciente), quer da avaliação do diagnosticado pelo médico (A) segundo a ICPC-2 (^{82,83}). No Quadro XVIII são referidos os números absolutos e relativos de cada capítulo em relação ao total. Podemos verificar em S um predomínio de «geral e inespecífico», seguido de «aparelho circulatório» e «aparelho locomotor». Em A o predomínio é também de «geral e inespecífico», logo seguido de «aparelho circulatório» e de «endócrino, metabólico e nutricional». O facto de 14,9% das avaliações recaírem no âmbito do «geral e inespecífico» tem a ver com as codificações de muitas consultas de vigilância em Saúde Infantil e em casos em que o médico, ao não ter diagnóstico exacto, insere no Capítulo A, do problema cuja a evolução do estudo melhorará a codificação, numa lógica de qualidade. Este assunto da codificação tem vindo a ser estudado pelo corpo clínico, em particular quanto ao Capítulo Z (Problemas Sociais).

Quadro XVIII: Número de Codificações em Subjectivo e Avaliação e seu peso relativo, para o total do Centro de Saúde nos anos de 2006 e 2007.

Capítulo ICPC-2	%	%	%	%
	Subjectivo	Avaliação	Subjectivo	Avaliação
	2006		2007	
A – Geral e inespecífico	24,7%	14,9%	22,3%	13,8%
B – Sangue	0,4%	0,9%	0,7%	0,8%
D – Digestivo	6,9%	5,8%	6,6%	5,4%
F – Olhos	1,4%	1,6%	1,6%	1,6%
H – Ouvidos	1,6%	1,3%	1,2%	1,0%
K – Aparelho circulatório	11,3%	17,6%	13,3%	20,1%
L – Aparelho locomotor	11,1%	11,0%	12,6%	11,9%
N – Sistema nervoso	2,3%	2,1%	2,3%	2,1%
P – Psicológico	5,4%	7,2%	5,2%	5,7%
R – Aparelho respiratório	8,6%	8,4%	8,2%	6,4%
S – Pele	4,1%	3,9%	3,3%	3,0%
T – Endócrino, metabólico e nutricional	9,7%	14,3%	8,7%	14,9%
U – Aparelho urinário	2,4%	2,2%	2,3%	2,0%
W – Gravidez e planeamento familiar	6,0%	5,0%	7,6%	6,3%
X – Aparelho genital feminino	2,8%	2,5%	2,7%	2,5%
Y – Aparelho genital masculino	0,7%	1,2%	0,7%	1,2%
Z – Problemas sociais	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%
Total	28599	50257	49141	40227

Fonte: Serviço de Estatísticas do Serviço de Apoio ao Médico da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

Da actividade médica na consulta resulta muitas vezes prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico. A análise da prescrição é fornecida no Quadro XIX, em função da análise de utilização de medicamentos ⁽⁸⁵⁾ por Doses Diárias Definidas ⁽⁸⁶⁾ tendo em conta a Classificação Farmacoterapêutica Portuguesa ⁽⁸⁷⁾. Os dados são indicados em volume e valor, este definido pelo preço, entendido como o quantitativo de venda ao público, que inclui o montante a pagar pelo doente e pelo terceiro pagador, quando aplicável. No mesmo Quadro XIX verifica-se dinâmica de

crescimento de 7,3% em Doses Diárias Definidas e de 4,0% no Preço de Venda a Público de 2006 para 2007.

Quadro XIX: Doses Diárias Definidas (DDD's) e Preço de Venda ao Público, para o total do Centro de Saúde nos anos de 2006 e 2007, em função da Classificação Farmacoterapêutica Portuguesa.

Classe Farmacoterapêutica Portuguesa	2006		2007	
	DDDs	Preço (€)	DDDs	Preço (€)
Medicamentos Anti-Infecciosos	35 653,5	69 481,9	38 384,3	81 938,3
Sistema Nervoso Central	349 559,6	200 429,1	374 824,6	248 096,5
Aparelho Cardiovascular	892 992,4	539 425,0	1 119 588,5	767 527,0
Sangue	215 515,4	56 582,2	185 612,2	65 632,3
Aparelho Respiratório	59 581,4	62 792,4	71 999,9	74 323,6
Sistema Gastrointestinal	113 362,0	129 254,5	150 300,4	181 981,7
Aparelho Genitourinário	74 680,4	42 390,9	80 109,4	49 004,5
Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas	148 369,9	79 045,9	151 875,2	112 611,9
Sistema Musculo-Esquelético	215 908,0	161 648,2	227 339,3	180 364,81
Antialérgicos	32 872,7	15 751,2	23 241,7	9 889,03
Nutrição	21 281,4	91 63,3	17587,8	5 930,41
Correctivos da volémia e alterações electrolíticas	0	2 110,2	704,0	219,7
Medicamentos usados no tratamento das afecções cutâneas	864,0	11 067,3	4,00	20 125,9
Medicamentos usados em ORL	534,6	9 37,5	15 824,4	5 981,9
Citostáticos e imunomoduladores	1 060,2	2 099,0	537,7	1 594,7
Vacinas e imunoglobinas	193,0	27 962,3	0	27 795,4
Total	216 2429	1 410 141	245 8793,2	1 760 898,8

Fonte: Serviço de Estatísticas do Serviço de Apoio ao Médico da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

Ainda segundo o Serviço de Estatísticas do Serviço de Apoio ao Médico da Sub-Região de Saúde de Coimbra, do total de medicamentos prescritos, 11,0% foram-no como “Genéricos”, para o ano de 2006, e 20,3% para o ano de 2007. Tal proporção terá, por certo, peso específico no valor da medicação, havendo prescrições comerciais em grupo

homogéneo, representando o mesmo preço que os medicamentos genéricos ⁽⁸⁷⁾. De 2006 para 2007 a dinâmica de crescimento foi de 10,8% para o Preço de Dose Diária Definidas, de 13,7% para o número de Doses Diárias Definidas e de 24,9% para o Preço de Medicamentos.

No Quadro XX são mostrados os valores em número absoluto para os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica no total do Centro de Saúde.

Quadro XX: Meios Complementares de Diagnóstico no Centro de Saúde em 2006 e 2007.

Área meio complementar de diagnóstico/ Ano	2006	2007
Análises clínicas	28462	21239
Anatomia patológica	94	398
Cardiologia	3051	3405
Medicina nuclear	236	256
Electroencefalografia	27	19
Endoscopia digestiva	585	643
Medicina física e de reabilitação	1277	766
Otorrinolaringologia	11	4
Pneumologia e imunoalergologia	120	154
Urologia	1	4
Neurofisiologia	8	1
Radiologia	6967	7010
Especialidades médico-cirúrgicas	1454	1177
Outros (psicologia)	65	57
Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (não participado)	120	147
Total	42478	35280

Fonte: Serviço de Estatísticas do Serviço de Apoio ao Médico da Sub-Região de Saúde de Coimbra, segundo a tabela em vigor de Exames Auxiliares de Diagnóstico para convenções.

4.4 – Conclusão

Pode concluir-se que o Centro de Saúde de Eiras tem uma população regressiva, fundamentalmente trabalhando na área dos serviços, com um bom nível de literacia e de formação académica. Toda a sua estrutura está geograficamente perto, com os serviços montados em rede comunicando facilmente. O corpo clínico é adequado, sendo ainda jovem e dando formação pré- e pós-graduada em Medicina, desde alunos do 1.º ano a finalistas de Medicina, de médicos internos gerais a internos de especialidade. Também na área de enfermagem os recursos são adequados, havendo igualmente formação a alunos de enfermagem e a enfermeiros em especialidade. O sector administrativo é também adequado, sendo este o mais necessitado de evolução, pois é o «balcão» e rosto da Instituição, podendo agora dedicar-se à gestão do acolhimento.

IV – Metodologia

1 – Tipo de estudo

Estudo observacional em dois pontos de medida, com intervenção de formação em tempo intermédio, de base populacional, com intenção analítica.

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina nada opôs ao presente trabalho, recomendando, no entanto, o cumprimento da legislação quanto à base de dados e à obtenção de autorização da Direcção de Saúde competente. Para cumprimento destas orientações, foram tomadas todas as medidas de sigilo quanto aos dados e à centralização da informação, apenas estando na base de dados os campos constantes da folha de informação. Foi obtida autorização da Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Coimbra para a colheita de dados (Anexo II).

2 – Metodologia de entrega de questionários

2.1 – 1.ª Fase de estudo

Os questionários foram presencialmente entregues à população frequentadora da estrutura do Centro de Saúde, em envelope timbrado. O Questionário continha referência expressa à confidencialidade das respostas e seu anonimato. Foi feito um cartaz para anúncio da entrega do questionário, tendo sido colocado junto ao balcão de atendimento de cada local de acesso a marcação de consulta. Para cada local de entrega foi feita marcação específica e indelével nos envelopes.

Definiram-se:

- Universo: Inscritos no Centro de Saúde de Eiras, sendo esta a unidade de estudo na qual se encontram seis sub-unidades populacionais;
- População: conjunto dos indivíduos que acederam a contacto administrativo com o Centro de Saúde no tempo necessário à distribuição dos questionários. Esta população foi calculada em 22 unidades de avaliação por cada médico e, para manutenção de poder estatístico do estudo, foram distribuídos questionários em

número triplo relativamente ao julgado necessário por cálculo realizado com o programa «Samplepower» nas respostas no teste-piloto, para 90% de confiança em erro máximo de estimativa de 90%, dado o tipo de estudo populacional. O sector administrativo encarregou-se de evitar a duplicação da entrega de questionários a indivíduos;

- Amostra: de carácter não-probabilístico casual, como o conjunto dos respondentes.

Nos casos de não resposta tal foi entendido como “Não sei”.

As respostas são entendidas como uma gradação entre o desconhecimento, e o completo conhecimento, passando pelo estado de negação que, é pretendido seja melhorado para o máximo conhecimento.

Nos períodos de consulta mais específica para menores de 16 anos, o questionário foi entregue aos acompanhantes da criança, para manutenção de distribuição a todos os contactantes com a estrutura Centro de Saúde num determinado lapso de tempo.

Foram realizadas acções de sensibilização aos funcionários administrativos para colaboração no trabalho, sobre a forma de entrega do questionário, a informação a transmitir, as dúvidas a responder e ainda sobre o pedido de resposta atempada do envio postal.

Através do programa «Serviço Informático das Unidades de Saúde», foi realizada a pesquisa informática de sexo e idade dos inscritos na consulta nos períodos de estudo, para sua caracterização.

A entrega dos questionários ocorreu entre 19 e 25 de Setembro de 2007, tendo a base de dados sido encerrada a 31 de Outubro de 2007.

2.2 – 2.^a Fase de estudo

A segunda fase do estudo decorreu três semanas após o final do período de intervenção.

Novamente, os questionários foram presencialmente entregues à população frequentadora da estrutura do Centro de Saúde, em envelope timbrado. O Questionário continha referência expressa à confidencialidade das respostas e ao seu anonimato. Foi feito um cartaz para anúncio da entrega do Questionário, que foi colocado junto ao balcão de atendimento de cada local de acesso a marcação de consulta.

Definiram-se:

- Universo: inscritos no Centro de Saúde de Eiras, sendo esta a unidade de estudo na qual se encontram seis sub-unidades populacionais;
- População: Conjunto dos indivíduos que acederam a contacto administrativo com o Centro de Saúde no tempo necessário à distribuição dos questionários. Esta população foi calculada em 22 unidades de avaliação por cada médico e, para manutenção de poder estatístico do estudo, foram distribuídos questionários em número triplo relativamente ao julgado necessário por cálculo realizado com o programa «Samplepower» nas respostas no teste-piloto, para 90% de confiança em erro máximo de estimativa de 90%, dado o tipo de estudo populacional. O sector administrativo encarregou-se de evitar a entrega de questionários aos mesmos indivíduos.
- Amostra: De carácter não-probabilístico casual, como o conjunto dos respondentes.

Nos períodos de consulta mais específica para menores de 16 anos, o Questionário foi entregue aos acompanhantes da criança.

A aplicação do questionário, foram realizadas acções de sensibilização aos funcionários administrativos para colaboração no trabalho, sobre a forma de entrega do questionário, a informação a transmitir, as dúvidas a responder e como fazer o pedido de resposta atempada do envio postal, entre 21 e 30 de Abril de 2008, tendo a base de dados sido encerrada em 31 de Maio de 2008.

Através do programa «para Serviço Informático das Unidades de Saúde», foi realizada a colheita informática de sexo e idade dos inscritos na consulta nos períodos de estudo, para sua caracterização.

3 – Metodologia estatística

Procedeu-se à construção de uma base de dados em SPSS versão 11.0, para seu tratamento e análise descritiva e inferencial, utilizando estatística:

- Descritiva:

Média \pm dp, mediana, moda e medidas de distribuição;

Para teste da normalidade dos dados etários da população pelas variáveis consideradas utilizou-se o *One way ANOVA*. Para verificar a normalidade da distribuição da população pela idade, o *Kolmogorov-Smirnov* e o histograma com curva de normalidade.

- Inferencial:

- Para variáveis numéricas contínuas:
- t de student para variáveis não emparelhadas;
- Para variáveis categoriais: χ^2 ;
- Para variáveis ordinais:
- Para estudo entre dois grupos distintos: U de Mann-Whitney,
- Para estudo entre mais dois grupos distintos: Kruskal Wallis,
- Análise factorial, para análise de componentes explicativos de informação em cada capítulo, sem perda de informação.

Foi definido valor de $p < 0,05$ para significado estatístico na estatística inferencial.

4 – Validação do Questionário “Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...”

Após construção de um arquétipo, em função dos objectivos propostos e da pesquisa bibliográfica, o autor passou à construção de frases que permitissem medir os objectivos pretendidos. Consultado um painel de peritos, em painel Delphi, constituído por sete médicos de Clínica Geral, um Epidemiologista, dois Psicólogos e uma Assistente Social, foram recebidas proposta e críticas que foram colocadas em nova versão, recebida de volta do painel, já sem correcções. Esse documento foi então submetido a uma linguista, Professora Doutorada da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, que corrigiu pequenas deficiências estruturais de português, validando a proposta. Procedeu-se depois à aplicação sequencial a 35 utentes do Centro de Saúde, por um aluno do sexto ano da licenciatura em Medicina, primeiro por escrito, e ao fim de cerca de cinco minutos oralmente, para conhecer problemas relacionados com a percepção das perguntas, a estrutura do questionário, a adesão visual e o tempo de preenchimento. Os resultados, aquando da sua aplicação escrita/oral, foram estudados pelo teste de Cronbach, conforme o Quadro XXI. Estes bons resultados permitiram a sua validação, sendo ao mesmo tempo determinado um tempo médio de preenchimento de 8 minutos. Foi percebida crítica quanto à extensão do Questionário, acompanhada, sempre, de expressão de compreensão quanto à formulação, não havendo problemas quanto ao entendimento das perguntas. O Questionário foi aplicado em uma semana de Maio de 2007 a 35 utilizadores da consulta que anuíram a tal e escolhidos segundo conveniência dentre os que saíam da consulta em vários locais do Centro de Saúde. Foi estudada amostra com idade média de $56,5 \pm 4,5$ anos (mínimo 16 e máximo 84 anos), sendo 21 (60,0%) do sexo feminino, tendo 19 (54,3%) formação académica média/superior, estando 19 (54,3%) activos e vivendo em freguesia predominantemente rural 14% e mediantemente urbana 26%. Viviam sós 8%.

Quadro XXI: Resultados do teste de Crohnback para a validação do Questionário “Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...”

Afirmação	α Crohnback
1 – É um produto natural	0,927
2 – É um produto feito em laboratório	0,841
3 – É um produto industrial	0,978
4 – Não é um preparado que se possa fazer em casa	0,951
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	0,956
6 – É uma substância que cura doenças	0,954
7 – É uma substância que melhora a saúde	0,931
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	0,950
9 – O alívio de queixas	0,967
10 – A procura de me sentir bem	0,964
11 – A cura de uma doença	0,877
12 – A indicação de vizinhos	0,756
13 – A publicidade de revistas	0,877
14 – A publicidade de televisão	0,756
15 – A publicidade da rádio	0,887
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora”!	0,921
17 – O estar habituado	1,000
18 – A indicação de médico	0,931
19 – A indicação de enfermeiro	0,945
20 – A indicação de farmacêutico	0,696
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	0,961
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	0,963
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	0,949
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	0,909
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	0,918
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	0,953
27 – O medicamento corrige os erros que faz diariamente.	0,882
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	0,952
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	0,960
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	0,990
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	0,899
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	0,900
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	0,855

34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	0,681
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	0,727
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	0,904
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	0,764
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	0,842
39 – Já alguma vez recorreu a remédios da “ervanária”?	0,851
40 – São tão eficazes como os medicamentos vendidos na farmácia?	0,771
41 – Já alguma vez comprou remédios vendidos em outras lojas?	0,786
42 – São tão eficazes como os medicamentos vendidos na farmácia?	0,904
43 – Já alguma vez recorreu a “acupuntura”?	0,844
44 – É tão eficaz como os medicamentos de venda na farmácia?	0,890
45 – Já alguma vez recorreu a tratamentos de “Medicina Natural”?	0,888
46 – São tão eficazes como os de venda na farmácia?	0,954
47 – Usou ao mesmo tempo medicamentos e remédios?	0,791

5 – Validação de «*Beliefs about Medicines Questionnaire*».

Após tradução do inglês para o português, efectuada por dois médicos e um linguista, foi feita uma fusão para a sua melhor compreensão em português. Foi depois feita a validação por uma perita linguista em português. Por último, foi feita uma tradução da versão para inglês por uma médica de nacionalidade e língua-mãe inglesa. Analisada pelo painel (médicos iniciais e linguista da primeira fase) a retroversão, foi verificado não haver diferença, técnica ou semântica, quanto ao original publicado, tendo assim sido validada a tradução para português.

No Quadro XXII, são mostrados os resultados obtidos aquando da aplicação por escrito, seguidos de cinco minutos orais, a um grupo de dezasseis frequentadores da consulta num dia específico, por um aluno finalista da licenciatura em Medicina, em Abril de 2007. Em tal ocasião também foi verificado não haver dificuldades na interpretação das frases do Questionário.

Quadro XXII: Resultados do teste de Crohnback para a validação de «*Beliefs about Medicines Questionnaire*» Geral.

Afirmação	α Crohnback
Os médicos receitam demasiados medicamentos.	0,975
Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	0,983
A maior parte dos medicamentos cria habituação.	0,740
Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	0,963
Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	0,970
Todos os medicamentos são venenos.	0,989
Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	0,978
Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	0,988

6 – Acções de intervenção.

Estudados os resultados obtidos na 1.^a fase, efectuou-se o planeamento de acções de informação e formação da população inscrita no Centro de Saúde, segundo a seguinte metodologia:

6.1 – Análise jornalística

Após verificação das diferenças por capítulo em relação à hipótese nula, o autor elaborou um texto resumo, que foi entregue a quatro jornalistas ligados à área da saúde e que propuseram os seus principais títulos explicativos do texto.

Seguiu-se a redacção pelo autor, em função das respostas recebidas, de um conjunto de afirmações que, sujeitas à apreciação do mesmo corpo de jornalistas, foram aprovadas como definidoras e resumo do que era necessário transmitir.

6.2 – Design gráfico

Sendo a intenção original do autor o trabalho conjunto com uma escola superior oficial de «Design gráfico», tal revelou-se impossível, por não ter sido obtida resposta ao nosso pedido de colaboração, pelo que foi contactada uma empresa de design gráfico, que elaborou o agrupamento esquemático das várias afirmações em quadros, tendo sido especificamente desenhadas as seguintes mensagens (Ver Anexo II):

Medicamento só quando:

Indicado, depois de perceber porque o deve tomar e informado sobre como actua cumprindo a toma correcta e pelo tempo definido, até porque é caro!

Medicamento, tomado

Distribui-se no corpo todo, pode controlar ou curar doença, pode dar sensação de bem-estar mas... Sem a ajuda do doente pode não resultar!

Medicamento...

Enquanto faz efeito é modificado pelo organismo para ser eliminado!

Remédios caseiros e medicamentos em conjunto... talvez! Mas cuidado que juntos podem dar sarilho!

6.3 – Intervenção formativa e informativa

6.3.1 – Meios de intervenção informativa estática (Ver Anexo II)

Após os imprescindíveis pedidos de cooperação, realização de reuniões de sensibilização – relativas à mensagem a passar – e as necessárias autorizações, foram os cartazes afixados em:

- Todas as instalações do Centro de Saúde: salas de espera e balcões de atendimento ao público – com pedido a todos os médicos que falassem sobre o assunto sempre que um utilizador da instituição perguntasse;
- Cinco farmácias da área de influência: Eiras, Brasfemes, Botão, Souselas e Monte Formoso; nestas foi pedido que houvesse resposta aos pedidos de informação que surgissem tendo sido passadas em revista as questões e a hipótese nula de melhor resposta para este tempo; ficou ainda acordado o contacto com o investigador sempre que tal fosse considerado necessário, bem como visitas deste às farmácias, o que foi feito;
- Juntas de Freguesia de Eiras, Botão, Brasfemes, S. Paulo de Frades e Souselas.

6.3.2 – Entrevistas em meios de comunicação social local e nacional

- Em rádios locais: Rádio Clube do Centro, Rádio Regional do Centro;
- Na Rádio Televisão Portuguesa;
- Em três textos especificamente escritos pelo autor para o jornal diário *As Beiras*;
- Em entrevistas a jornais da região: *Diário de Coimbra*, *Campeão das Províncias* e *As Beiras*;
- Entrevista ao jornal *Notícias Médicas*, por este solicitada.

6.3.3 – Folhetos ou *flyers*, distribuídos em toda a estrutura do Centro de Saúde e em farmácias, sendo um «combo» dos cartazes.

O período de intervenção decorreu entre 3 de Janeiro e 31 de Março, a que se seguiu nova aplicação dos capítulos em causa no questionário inicial, segundo a mesma metodologia, a partir do dia 21 de Abril.

7 – Custos

Os custos do estudo foram de €3350 distribuídos por material de questionário (€700), despesas de correio (€2000), despesas de produção de informação (€300) e de tipografia (€350).

Todas as despesas de trabalho de registo de dados, trabalho administrativo, de tratamento de dados, bem como de deslocações aos vários pontos de realização de informação, foram assumidas pelo autor.

8 – Estudo prévio

Foi realizado um estudo-piloto prévio que consistiu na aplicação do questionário a utentes da consulta de trinta e oito médicos, especialistas em Medicina Geral e Familiar. Foi seleccionada uma população de quatro indivíduos de cada sexo por médico, sendo um de cada grupo etário, num total de oito por médico, perfazendo assim um total de 304 inquiridos. Todos os médicos atenderam pessoas de fora da área geográfica em estudo, variando a distribuição pelo Norte, Centro Sul de Portugal e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. Foi pedido aos médicos que entregassem o questionário a quem soubessem poder respondê-lo e enviá-lo no envelope pré-franquiado e já endereçado. Este estudo prévio foi realizado para identificar problemas ainda não detectados ou previstos, a par da proporção de resposta e de uma primeira ideia dos resultados a esperar bem como cálculo do tamanho da amostra.

A proporção de resposta foi de 49,7%, com uma idade média de $49,8 \pm 17,9$ anos, mediana de 48 e moda de 28, entre os 16 e os 86 anos. A distribuição por grupos etários foi de 28,6% dos 16-35 anos, 19,7% dos 36-50 anos, 27,2% dos 51-65 anos e 24,5% acima dos 65 anos. Da amostra, 8,6% declararam viver sós, sendo 55,0% do sexo feminino. Revelaram ter formação básica 48,9%, e média ou superior 51,1%. Da amostra, 59,3% é activa e 41,7% não activa.

Mais de metade dos inquiridos – 54,3% – referiram tomar continuamente medicamentos; 18,7% assinalaram a toma de remédios.

Na análise dos questionários não foram verificados problemas no preenchimento, nem houve referência a dificuldades por parte dos médicos. Era pedido que assinalassem a eventual ocorrência de dificuldades no pacote postal em que foi feito o convite escrito e em que seguiam os questionários, em envelopes, conforme a metodologia do estudo previa. No pacote postal seguia uma amostra de questionário destinada ao médico, para que o pudesse conhecer. Todos os médicos tiveram uma primeira abordagem através de convite pessoal telefónico.

V – Resultados

A – Primeira fase do estudo

No período de entrega dos questionários, para a primeira fase deste trabalho, tiveram contacto administrativo com o Centro de Saúde 1534 pessoas entre as quais, e por ordem sequencial de entrega, as respondentes. Segundo dados do Sistema de Informação para Unidades de Saúde do Centro de Saúde de Eiras, desta população, 74,0% é do sexo feminino. Pelo tipo de freguesia de residência, medido pelo local de consulta, verifica-se que o sexo feminino representa 70,0% da população em freguesia predominantemente urbana, 75% em freguesia mediantemente urbana e 80% em freguesia predominantemente rural. A idade média geral na população é de $53,5 \pm 18,1$ anos.

Pelos cálculos feitos em função do estudo-piloto, o tamanho da amostra foi calculado em 271 questionários.

Foram analisados 272 questionários recebidos dos 780 entregues (34,9% de proporção de resposta).

Far-se-á demonstração dos resultados encontrados nas duas fases, primeiro pela sua descrição e depois pela inferenciação, sendo a sua discussão efectuada em capítulo próprio.

1.1 – Descrição da amostra

1.1.1 – A idade

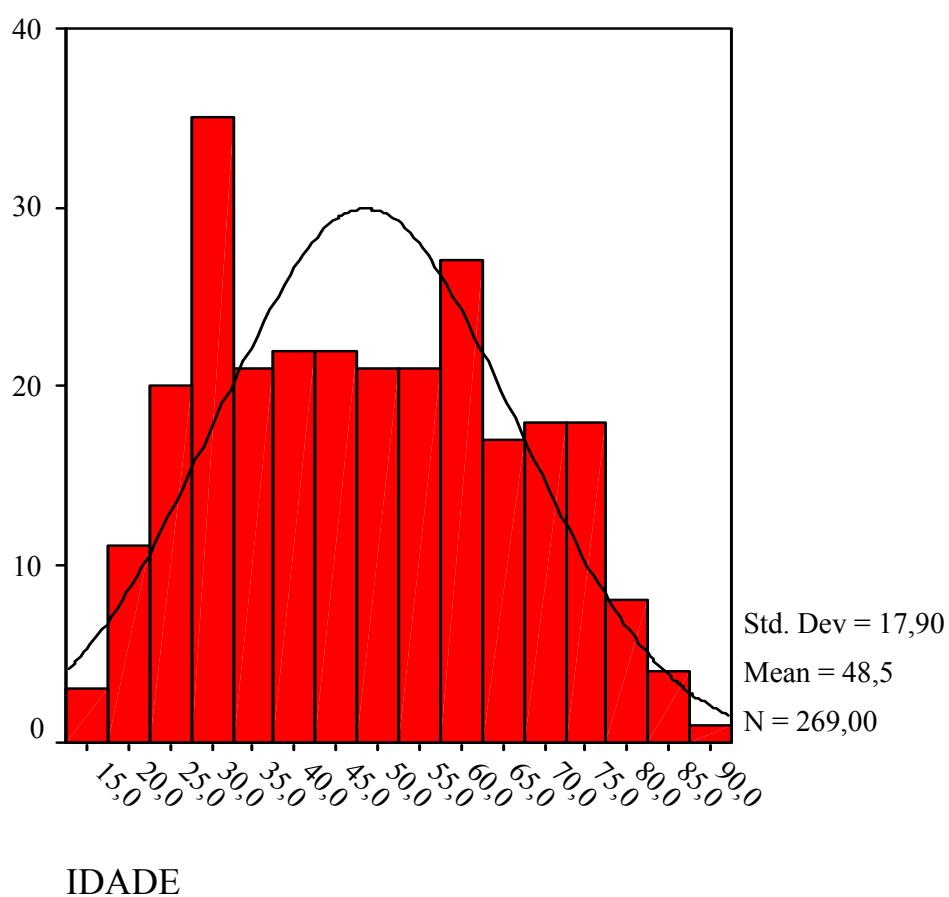
No Quadro XXIII e no Gráfico 1 mostram-se as medidas de distribuição da amostra em função da idade. A amostra tem ligeiro desvio central à esquerda e revelou-se platicúrtica, devido ao largo leque de idades de respondentes – 16 a 86 anos. O histograma e a curva normal de distribuição parecerem indicar uma distribuição normal, que o teste Z de Kolmogorov-Smirnov comprova. Podemos constatar pelo Gráfico 1 que a amostra se encontra quase na totalidade dentro da curva de normalidade.

Quadro XXIII: Idade, características descritivas.

Característica	Valor
Média	48,5
Mediana	48,0
Moda	28
Devio padrão	17,9
Assimetria	0,188
Achatamento	-1,054
Mínimo	16
Máximo	92
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,486
P de duas caudas	,024

n=269, 3 *missings*.

Gráfico 1: Histograma de barras com curva normal para a distribuição das idades na amostra.



1.1.2 – Grupos etários na amostra

Em função dos grupos etários considerados, são mostrados no Quadro XXIV, os resultados obtidos. Deve realçar-se o facto de esta amostra ser de predominância jovem, com 53,9% da amostra abaixo dos 51 anos.

Quadro XXIV: Grupos etários considerados, sua descrição

Grupo etário	n	%
16-35 anos	85	31,6
36-50 anos	60	22,3
51-65 anos	68	25,3
>65 anos	56	20,8
Total	269	100

Nota: amostra total de 272 respondentes, havendo 3 *missings* para a idade.

1.1.3 – Tipo de família

Consideraram-se apenas o “viver só”, em família monoparental e “viver acompanhado”. Para 9,3% dos respondentes, o tipo de família é monoparental, segundo o Quadro XXV.

Quadro XXV: Tipo de família considerada.

Tipo de Família	n	%
Monoparental	25	9,3
“Acompanhado”	244	90,7
Total	269	100

Nota: 3 *missings*.

1.1.4 – Distribuição por géneros da amostra

Segundo o Quadro XXVI verifica-se predomínio do sexo feminino, como aliás nos contactos administrativos realizados no Centro de Saúde no período em estudo, conforme Serviço Informático das Unidades de Saúde do Centro de Saúde de Eiras, que indica terem sido em 78% dos casos do sexo feminino.

Quadro XXVI: Distribuição da amostra por sexos.

Sexo	n	%
Masculino	81	30,2
Feminino	187	69,8
Total	268	100

Nota: 4 *missings*.

1.1.5 – Distribuição da formação académica na amostra

A formação académica declarada leva a pensar estarmos perante uma amostra com capacidade intelectual, sendo predominante a antiga 4.^a classe/ actual 9.º ano, e que correspondem à formação mínima exigida em tempos diferentes. É de salientar que 47,8% da amostra tem, pelo menos, o antigo 7.º ano liceal/ actual 12.º ano, de acordo com o Quadro XXVII. Não responderam indivíduos analfabetos que poderiam representar cerca de 6% da amostra, segundo o Quadro III.

Quadro XXVII: “Formação: a mais elevada que detém”, por cada um dos elementos da amostra.

Formação	n	%
Sabe ler e escrever	36	13,2
4.ª classe/ 9.º ano	106	39,0
7.º ano/ 12.º ano	64	23,5
Técnica	14	5,1
Superior	52	19,2
Total	242	100

Foram definidos dois grupos de “formação: a mais elevada que detém” para um escalão básico até 4.^a classe/ 9.º ano e média/superior para 7.º ano/ 12.ºano, técnico e superior.

Os resultados encontram-se no Quadro XXVIII.

Quadro XXVIII: Grupos de formação académica na amostra.

Grupo de formação	n	%
Básica	142	52,2
Média/superior	130	47,8
Total	272	100,0

1.1.6 – Considerar “sofrer de doença crónica” na amostra.

Possivelmente pelas características etárias da amostra, só 31,1% dos respondentes consideram sofrer de doença crónica, de acordo com o Quadro XXIX.

Quadro XXIX: “Sofre de doença crónica”

Sofrimento de doença crónica	n	%
Sim	82	31,1
Não	182	68,9
Total	264	100

Nota: 8 *missings*.

1.1.7 – Distribuição do tipo de actividade actual na amostra

Numa região do concelho de Coimbra até há pouco caracterizada pela sua actividade fabril, verificamos o predomínio de actividade em serviços – reconhecemos mesmo a hipótese da zona em questão ser um «dormitório» de Coimbra – sendo de destacar, quase à imagem do que é descrito para o Concelho e para a área geográfica de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, uma proporção de 7,8% de desempregados, como descrito no Quadro XXX.

Quadro XXX: “Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal”

Tipo de actividade	n	%
Rural	3	1,1
Comércio	33	12,2
Indústria	19	7,0
Serviços	79	29,3
Doméstica	28	10,4
Desempregado	21	7,8
Reformado	80	29,6
Estudante	7	2,6
Total	270	100

Nota: 2 *missings*.

Foram definidos dois grupos de actividade profissional, analisando-se o grupo dos activos – rural, comércio, indústria, serviços, doméstica – face ao dos não-activos – desempregado, reformado e estudante –, estando os resultados no Quadro XXXI.

Quadro XXXI: Grupos de actividade profissional na amostra.

Grupo	n	%
Activo	162	60,0
Não activo	108	40,0
Total	270	100,0

Nota: 2 *missings*.

Os resultados acima permitem saber que, dos activos, 58,6% têm formação média a superior, e que 68,5% dos não activos têm formação académica básica. Permitem também concluir que 52,5% dos que têm formação básica não estão activos, e que 73,6% dos que têm formação média/superior são activos. Ou seja, que uma maior formação académica estará ligada a actividade laboral, exceptuando os casos de reforma a que a idade obriga.

1.1.8 – Toma continuada de medicamentos

Talvez também pelas características da amostra, 48,0% dos respondentes refere não tomar medicamentos segundo a definição utilizada. No entanto, caberá aqui saber se a toma de anticoncepcional oral, por exemplo, é julgada como a de um medicamento. Os resultados são mostrados no Quadro XXXII.

Quadro XXXII: “Toma medicamentos continuadamente.”

Toma medicamentos continuadamente	n	%
Sim	140	52,0
Não	129	48,0
Total	269	100

Nota: 3 *missings*.

1.1.9 – Toma continuada de remédios

De acordo com o Quadro XXXIII, para 16,2% da amostra há toma continuada de remédios segundo a definição apresentada.

Quadro XXXIII: “Toma remédios continuadamente.”

Toma remédios continuadamente	n	%
Sim	43	16,2
Não	223	83,8
Total	266	100

Nota: 6 *missings*.

1.1.10 – Freguesia de residência

Segundo o Quadro XXXIV, por tipo de freguesia de residência verificam-se diferenças na proporção de resposta. Segundo a classificação taxonómica de freguesias, verificamos que a proporção de resposta é menor nas predominantemente urbanas.

Quadro XXXIV: Amostra por tipo e freguesia de residência.

Tipo de freguesia	População n	Amostra n	% ao distribuído	% ao recebido
Predominantemente urbana	585	178	30,4	65,4
Mediamente urbana	130	57	43,9	21,0
Predominantemente rural	65	37	56,9	13,6
Total	770	272	35,3	100

1.1.11 – Unidade de Saúde onde é assistido

No Quadro XXXV é fornecida a distribuição da amostra em função da Unidade em que é atendida por médico. É de realçar a menor adesão da população atendida numa Unidade de Saúde já muito referida por causa de questões ambientais, a de Souselas, que pode ser explicada por saturação com anteriores Questionários.

Quadro XXXV: Amostra por tipo de unidade de saúde onde tem assistência médica.

Unidade de Saúde	n	% ao distribuído	% ao recebido
Botão	37	56,9	13,6
Brasfemes	57	43,9	21,0
Eiras	102	31,4	37,5
S. Paulo de Frades	35	53,9	12,9
Souselas	22	16,9	8,1
Torre de Vilela	19	29,2	7,0
Total	272	100,0	100,0

A análise estatística foi realizada em ambas as fases do trabalho em função do tipo de freguesia em que estava instalada a unidade de saúde de atendimento médico e que, para este trabalho, passa a receber o título de freguesia de residência.

1.2 – Descrição por grupos etários

Considerou-se a existência de quatro grupos etários em função de características médias pensadas para um desses grupos, a saber: 16-35 anos, 36-50 anos, 51-65 anos e maior ou igual a 66 anos. A distribuição das variáveis epidemiológicas em função de tais grupos etários encontra-se no Quadro XXXVI.

Verifica-se que o sexo masculino aumenta de frequência com a idade o contrário acontecendo com o feminino, que os mais idosos têm menor formação académica, afirmam mais ter doença crónica e tomam mais medicamentos e remédios.

Quadro XXXVI: Distribuição das variáveis segundo o grupo etário.

Variável/ Grupo etário	16-35 anos	36-50 anos	51-65 anos	>66 anos
n	77	73	62	57
Idade média ($\pm dp$)	28,3 \pm 7,7	42,5 \pm 6,6	57,9 \pm 4,7	74,4 \pm 5,9
Sexo n (%)				
Masculino	20 (26,0)	15 (20,5)	18 (30,5)	27 (48,2)
Feminino	57 (74,0)	58 (79,5)	41 (69,5)	29 (51,8)
Tipo de família: n (%)				
Só	3 (3,9)	3 (4,2)	8 (13,1)	10 (17,5)
Acompanhado	73 (96,1)	69 (95,8)	53 (86,9)	47 (82,5)
Formação: n (%)				
Básica	19 (22,4)	25 (41,7)	46 (67,7)	49 (87,5)
Média/Superior	66 (77,6)	35 (58,3)	22 (32,3)	7 (12,5)
Actividade: n (%)				
Activo	65 (78,3)	53 (88,3)	36 (52,9)	7 (12,5)
Não activo	18 (21,7)	7 (1,7)	32 (47,1)	49 (87,5)
Sofre de doença crónica: n (%)	8 (9,6)	11 (18,6)	30 (44,8)	31 (59,6)
Toma medicamentos continuamente: n (%)	21 (21,3)	22 (36,7)	48 (71,6)	48 (85,7)
Toma remédios continuamente: n (%)	5 (5,9)	10 (17,2)	14 (21,2)	14 (26,0)
Tipo de freguesia: n (%)				
Predominantemente urbana	65 (76,5)	44 (73,3)	47 (69,1)	20 (35,7)
Mediamente urbana	14 (16,5)	12 (20,0)	13 (19,1)	17 (30,4)
Predominantemente rural	6 (7,1)	4 (6,7)	8 (11,8)	19 (33,9)

Nota: Percentagens relativas ao n de conhecimento de cada variável.

1.3 – Descrição da amostra por tipo de freguesia

Segundo a classificação mais actual do Instituto Nacional de Estatística, classificam-se as freguesias em *predominantemente urbanas*, *mediamente urbanas* e *predominantemente rurais*). Na área de influência do Centro de Saúde de Eiras encontramos uma freguesia predominantemente rural (Botão) e uma freguesia medianamente urbana (Brasfemes), sendo as restantes predominantemente urbanas.

No Quadro XXXVII, caracteriza-se a amostra por tipo de freguesia. Podemos verificar a idade média aumenta é mais elevada nas freguesias predominantemente rurais assim

como o viver só, que o sexo masculino tem menor frequência na freguesia predominantemente urbana, sendo nestas a formação superior mais frequente sendo a toma de medicamentos mais frequente em meio urbano e a de remédios em meio medianamente urbano.

Quadro XXXVII: Distribuição das variáveis segundo o tipo de freguesia de residência.

Variável/Tipo de freguesia	Predominante- mente urbana	Mediamente urbana	Predominante- mente rural
n	176	57	37
Idade média ($\pm dp$)	44,7 \pm 16,4	52,2 \pm 17,3	61,2 \pm 19,2
Grupo etário: n (%)			
16-35	65 (36,9)	14 (25,0)	6 (16,2)
36-50	44 (25,0)	12 (21,4)	4 (10,8)
51-65	47 (26,7)	13 (23,2)	8 (21,6)
>65	20 (11,4)	17 (30,4)	19 (51,4)
Sexo: n (%)			
Masculino	50 (28,6)	19 (33,3)	12 (33,3)
Feminino	125 (71,4)	38 (66,7)	24 (66,7)
Tipo de família: n (%) (*)			
Só	15 (8,5)	4 (7,1)	6 (16,7)
Acompanhado	162 (91,5)	52 (92,9)	30 (83,3)
Formação: n (%)			
Básica	83 (46,6)	33 (57,9)	26 (70,3)
Média/Superior	95 (53,4)	24 (42,1)	11 (29,7)
Actividade: n (%)			
Activo	113 (63,8)	38 (66,7)	11 (30,6)
Não activo	64 (36,2)	19 (33,3)	25 (69,4)
Sofre de doença crónica: n (%) (**)	49 (28,2)	16 (29,1)	17 (48,6)
Toma medicamentos continuamente: n (%)	86 (48,9)	27 (47,4)	27 (75,0)
Toma remédios continuamente: n (%)	24 (13,8)	12 (21,4)	7 (19,4)

Nota: Percentagens relativas ao n de conhecimento de cada variável; (*) 1 missing; (**) 3 missing

1.4 – Descrição por sexos

No Quadro XXXVIII, é referida a distribuição das variáveis por sexo, para uma mais cabal compreensão da amostra. Como seria de prever, verifica-se maior frequência do sexo feminino, que vive mais só, tem maior formação e sofre menos de doença crónica (reflectindo a maior juventude da amostra). A mulher é mais consumidora de medicamentos e remédios.

Quadro XXXVIII: Distribuição das variáveis segundo o sexo.

Variável/ Sexo	Masculino	Feminino
n	80	185
Idade média ($\pm dp$)	52,0 \pm 18,4	46,7 \pm 17,5
Grupo etário: n (%)		
16-35	22 (27,5)	63 (34,1)
36-50	13 (16,3)	47 (25,4)
51-65	20 (25,0)	45 (24,3)
>65	25 (31,2)	30 (16,2)
Família: n (%)		
Só	6 (6,5)	19 (10,3)
Acompanhado	74 (92,5)	166 (89,7)
Formação: n (%)		
Básico	45 (55,6)	95 (50,8)
Médio/Superior	36 (44,4)	92 (49,2)
Actividade: n (%)		
Activo	41 (51,3)	120 (64,5)
Não activo	39 (48,7)	66 (35,5)
Sofre de doença crónica: n (%)	30 (30,8)	49 (27,1)
Toma medicamentos continuamente: n (%)	38 (46,9)	98 (53,3)
Toma remédios continuamente: n (%)	12 (15,2)	30 (16,4)
Tipo de freguesia: n (%)		
Predominantemente urbana	50 (61,7)	125 (66,8)
Mediamente urbana	19 (23,5)	38 (21,4)
Predominantemente rural	12 (14,8)	24 (12,8)

1.5 – Descrição das respostas por capítulo

Segue-se a descrição dos resultados obtidos nos vários capítulos que compõem o questionário.

1.5.1 – A opinião sobre o que é um medicamento

No Quadro XXXIX mostramos os resultados, sendo de destacar o resultado quanto à pergunta relativa à possibilidade de o medicamento fazer efeito sem a ajuda do paciente, em que 40,8% concordam e 41,5% discordam.

Quadro XXXIX: Resultados globais quanto a “em minha opinião, um medicamento:”.

Em minha opinião um medicamento:	Resposta			
	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
1 – É um produto natural	272	11,8	73,5	14,7
2 – É um produto feito em laboratório	272	96,7	1,5	1,8
3 – É um produto industrial	272	72,8	9,6	17,6
4 – É um preparado que não se pode fazer em casa	272	76,8	15,8	7,4
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	272	70,2	5,1	24,6
6 – É uma substância que cura doenças	272	74,3	13,6	12,1
7 – É uma substância que melhora a saúde	272	91,5	2,6	5,9
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	272	40,8	41,5	17,6

1.5.2 – Motivos para tomar medicamentos

O Quadro XL mostra os resultados obtidos, que permitem verificar a confiança em fontes de informação fora da estrutura Centro de Saúde, com excepção do farmacêutico, que são muito pouco indutoras de terapêutica farmacológica.

Quadro XL: Resultados globais quanto a “São motivos para tomar medicamentos:”

São motivos para tomar medicamentos:	Resposta			
	n	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
9 – O alívio de queixas	272	9,9	29,0	61,0
10 – A procura de me sentir bem	272	6,6	20,6	72,8
11 – A cura de uma doença	272	9,6	9,9	80,5
12 – A indicação de vizinhos	272	9,2	88,2	2,6
13 – A publicidade de revistas	272	9,2	89,3	1,5
14 – A publicidade de televisão	272	9,6	88,6	1,8
15 – A publicidade da rádio	272	10,7	87,5	1,8
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora”!	272	11,4	49,6	39,0
17 – O estar “habitado”	272	10,7	75,7	13,6
18 – A indicação de médico	272	5,9	4,4	89,7
19 – A indicação de enfermeiro	272	12,9	50,7	36,4
20 – A indicação de farmacêutico	272	14,0	41,2	44,8

1.5.3 – Conhecimentos acerca de farmacodinâmica, farmacocinética e reacções adversas a medicamentos.

Os resultados encontram-se no Quadro XLI, no qual se pode verificar serem globalmente baixos os conhecimentos acerca da forma de actuação do medicamento no corpo e também acerca de farmacodinâmica e farmacocinética. Já a possibilidade de reacções adversas físicas ou psíquicas revela muito bons conhecimentos. Apenas 27,2% dos respondentes referem saber como o medicamento actua no organismo.

Quadro XLI: Resultados globais quanto a concordância com afirmações tendentes a perceber o conhecimento sobre farmacodinâmica e farmacocinética: “Julgo que”.

Julgo que:	Resposta			
	n	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	272	41,5	37,5	21,0
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	272	36,8	44,1	19,1
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	272	25,7	55,5	18,8
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	272	47,8	38,2	14,0
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	272	4,8	73,5	21,7
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	272	26,1	35,7	38,2
27 – O medicamento corrige os erros que faço diariamente.	272	65,4	16,2	18,4
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	272	79,8	7,0	13,2
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	272	5,9	82,7	11,4
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	272	37,9	27,2	34,9

1.5.4 – O valor económico dos medicamentos

O valor económico do medicamento é algo que deve ser avaliado, pois, ao terem os medicamentos um preço e custo, e sendo parte desse preço suportado pelo paciente, é de esperar que o preço possa ser determinante na correcta realização da terapêutica.

Pelo Quadro XLII, podemos verificar que a compra de todos os medicamentos receitados é afirmativamente realizada por 77,6% dos respondentes, com 11,8% a referirem escolher os medicamentos por estes serem muito caros, e 48,2% a referirem

comprar apenas os medicamentos para os problemas que os afligem. Parece haver necessidade de explicação do médico para a aceitação de uma prescrição.

Quadro XLII: Resultados globais quanto a concordância com afirmações tendentes a perceber a opinião acerca do valor económico dos medicamentos “Penso que”.

Penso que:	Resposta			
	n	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	272	10,3	83,1	6,6
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	272	1,8	92,6	5,5
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	272	6,3	88,6	5,1
34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	272	77,6	17,3	5,1
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	272	11,8	82,4	5,9
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	272	48,2	47,4	4,4
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	272	90,8	5,5	3,7
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	272	15,4	80,9	3,7

1.5.5 – A opinião acerca de remédios

A realização de terapêuticas por produtos com capacidade de influenciar a fisiologia humana e que, por oposição aos medicamentos, denominámos de «remédios», foi objecto de estudo, até pela necessidade de se saber o que pensam sobre tais terapêuticas, em comparação com as terapêuticas com medicamentos, e de se saber quem toma remédios.

Para cada confirmação de maior eficácia de remédios, apresentamos os resultados relativos apenas à resposta «sim» e à afirmação de já ter utilizado alguma forma de remédio.

Destacamos que 47,1% dos respondentes afirma já ter tomado remédios de ervanária, considerando no entanto não serem tão eficazes como os medicamentos e que acupunctura e “remédios de medicina natural” obtêm melhores resultados que os medicamentos vendidos em farmácia.

Quadro XLIII: Resposta às afirmações tendentes a perceber consumo e opinião acerca de remédios.

Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupunctura ou preparado caseiro tradicional):	Resposta			
	n	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
39 – Já tomei remédios da “ervanária”.	272	49,3	47,1	3,7
40 – São tão eficazes como os medicamentos da farmácia.	128	36,7	23,4	39,8
41 – Já comprei remédios vendidos em outras lojas.	272	77,6	15,8	6,6
42 – São tão eficazes como os medicamentos da farmácia.	43	27,9	25,6	46,5
43 – Já recorri à “acupunctura”.	272	86,8	6,6	6,6
44 – É tão eficaz como os medicamentos da farmácia.	18	27,8	33,3	38,9
45 – Já utilizei remédios de “medicina natural”.	272	68,0	24,33	7,7
46 – São tão eficazes como os de venda na farmácia.	66	22,7	43,9	33,3
47 – Já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios.	272	72,8	21,0	6,3

1.5.6 – A representação cognitiva de medicamentos e remédios em geral

No Quadro XLIV, apresentamos o resultado da aplicação do “*Beliefs about Medicines Questionnaire*”, que mostra que os respondentes julgam que os médicos confiam demasiado nos medicamentos, e que acreditam na possibilidade de menor prescrição de medicamentos caso haja maior tempo de interacção médico-doente em cada contacto.

Quadro XLIV: Representação cognitiva sobre medicamentos em geral.

Afirmção	Concordância					
	n	Concor- do totalmen- te (%)	Con- cordo (%)	Sem opinião (%)	Discor- do (%)	Discor- do total- mente (%)
48 – Os médicos receitam demasiados medicamentos.	263	8,4	24,0	30,0	31,9	5,7
49 – Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	265	10,6	24,9	30,2	25,3	9,1
50 – A maior parte dos medicamentos cria habituação.	264	16,3	47,0	20,1	12,9	3,8
51 – Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	263	4,2	8,0	47,5	28,9	11,4
52 – Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	263	5,3	12,2	23,1	47,1	14,1
53 – Todos os medicamentos são venenos.	261	4,6	12,3	27,2	37,2	18,8
54 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	259	10,0	41,3	30,5	15,8	2,3
55 – Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	265	20,4	30,9	23,4	21,1	4,2

2 – Estatística inferencial

Far-se-á uma descrição exaustiva para a mais completa percepção de todas as variáveis estudadas. Sempre que o resultado tenha expressão estatisticamente significativa, far-se-á a descrição pormenorizada dos resultados.

2.1 – A idade

Nos quadros seguintes são mostrados os resultados quanto à variável idade na amostra, colhida em função das restantes variáveis em estudo.

2.1.1 – Diferenças na idade média por tipo de família, pelo género, pelo sofrimento de doença crónica, pela toma continuada de medicamentos e pela toma continuada de remédios.

Na amostra, o homem é, em regra, mais jovem que a mulher, que vive só, tem doença crónica, toma medicamentos e remédios, e é mais idosa.

Quadro XLV: Análise da idade, por outras variáveis na amostra.

Variável/Idade	Tipo /média±dp	Tipo/média±dp	P
Família (*)	Monoparental	Acompanhado	<0,001
	61,1±18,9	47,4±17,3	
Sexo (*)	Masculino	Feminino	0,026
	52,0±18,4	46,7±17,5	
Sofre de doença crónica (*)	Sim	Não	<0,001
	59,6±15,4	43,2±16,4	
Toma medicamentos continuamente (*)	Sim	Não	<0,001
	57,2±16,7	39,2±14,1	
Toma remédios continuamente (*)	Sim	Não	0,001
	56,3±14,9	46,7±17,9	

Nota: (*) t de student para variáveis não emparelhadas

2.1.2 – Diferenças na idade média em função do tipo de formação, do tipo de actividade e da freguesia de residência

A idade é maior nos que têm formação académica básica, nos não-activos e nos que vivem em freguesia predominantemente rural, segundo o Quadro XLVI.

Quadro XLVI: Análise da distribuição da idade por tipo de formação mais elevada atingida e pela actividade desenvolvida e a freguesia de residência.

Formação: A mais elevada que detém / Idade	Média±dp	p (*)
Básica	57,1±16,9	<0,001
Média/Superior	39,3±13,9	
Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal	Média±dp	p (*)
Activo	41,6±13,0	<0,001
Não activo	59,4±18,9	
Freguesia de residência	Média±dp	p (**)
Predominantemente urbana	44,7±16,4	<0,001
Medianamente urbana	52,2±17,3	
Predominantemente rural	62,2±19,2	

Nota: (*) t de student para variáveis não emparelhadas; (**) One way Anova

2.2 – O género

Nos quadros seguintes são mostrados os resultados quanto à variável «sexo» na amostra, em função das restantes variáveis em estudo.

2.2.1 – Diferenças em função do género de tipo de família, sofrimento de doença crónica, pela toma continuada de medicamentos e pela toma continuada de remédios.

No Quadro XLVII verificamos não haver diferença com significado nas variáveis estudadas em função do sexo.

Quadro XLVII: Análise do género, por viver só, sofrer de doença crónica, e tomar medicamentos e remédios continuamente.

Variável/Sexo	Masculino n (%)	Feminino n (%)	p (*)
Família	Monoparental 6 (7,5)	Monoparental 19 (10,3)	ns
Sofre de doença crónica	Sim 30 (40,0)	Sim 49 (27,1)	ns
Toma medicamentos continuamente	Sim 38 (46,9)	Sim 98 (53,3)	ns
Toma remédios continuamente	Sim 12(15,2)	Sim 30 (16,4)	ns

Nota: (*) χ^2

2.2.2 – Diferenças pelo género em função do tipo de formação, do tipo de actividade e freguesia de residência

Igualmente sem diferença com significado, o Quadro XLVIII mostra a distribuição por sexo, da formação académica, do grupo de actividade profissional e da freguesia de residência.

Quadro XLVIII: Análise da distribuição do “género” por tipo de formação mais elevada atingida e pela actividade desenvolvida e a freguesia de residência.

Formação: A mais elevada que detém.	Masculino (%)	Feminino (%)	p (*)
Básica (n=140)	32,1	67,9	Ns
Média/Superior (n=130)	28,1	71,9	
Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal	Masculino (%)	Feminino (%)	p (*)
Activo (n=161)	25,5	74,5	0,030
Não activo (n=105)	37,1	62,9	
Freguesia de residência	Masculino (%)	Feminino (%)	p (**)
Predominantemente urbana (n=175)	28,6	71,4	Ns
Medianamente urbana (n=57)	33,3	66,7	
Predominantemente rural (n=36)	33,3	66,7	

Nota: (*) χ^2 ; (**) U de Mann-Whitney

2.3 – A formação

Nos quadros abaixo são mostrados os resultados obtidos em função do grupo de formação considerado neste estudo. Deve ser salientado que têm diferença para todas as variáveis consideradas as distribuições por tipo de estudos.

Quadro XLIX: Doença crónica, actividade em que se ocupa, tipo de freguesia de residência, toma continuada de medicamentos e de remédios em função do grau de formação mais alto atingido.

Variável/Formação	Estudos básicos n (%)	Ensino médio/superior n (%)	p
Sofrer de doença crónica (*)			<0,001
Sim	60 (43,8)	22 (17,3)	
Não	77 (56,2)	105 (82,7)	
Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal (**)			<0,001
Activo	67 (47,5)	95 (73,7)	
Não activo	74 (52,5)	34 (26,3)	
Freguesia de residência (†)			0,020
Predominantemente urbana	83 (58,5)	95 (73,1)	
Medianamente urbana	33 (23,2)	24 (18,5)	
Predominantemente rural	26 (18,3)	11 (8,4)	
Toma medicamentos continuamente (§)			<0,001
Sim	100 (70,9)	40 (31,1)	
Não	41 (29,1)	88 (68,7)	
Toma remédios continuamente (‡)			0,001
Sim	32 (23,5)	11 (8,5)	
Não	104 (76,5)	119 (91,5)	

Nota: (*), (**), (§), (‡) χ^2 ; (†) U de Mann-Whitney

2.4 – Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal

No Quadro L, são mostrados os resultados quanto a freguesia de residência, toma continuada de medicamentos e toma continuada de remédios, sendo de salientar apenas não haver diferença com significado para a distribuição da toma de remédios continuamente.

Quadro L: Doença crónica, freguesia de residência, toma continuada de medicamentos e toma continuada de remédios, em função do grupo de actividade profissional.

Variável/ Actividade	Activo n (%)	Não activo n (%)	p
Doença crónica (*)			<0,001
Sim	31 (19,6)	51 (48,6)	
Não	127 (80,3)	54 (51,4)	
Freguesia de residência (**)			0,001
Predominantemente urbana	113 (69,7)	64 (59,3)	
Medianamente urbana	38 (23,5)	19 (17,6)	
Predominantemente rural	11 (6,8)	25 (23,2)	
Toma medicamentos continuadamente (†)			<0,001
Sim	62 (38,5)	76 (71,7)	
Não	99 (61,5)	30 (28,3)	
Toma remédios continuadamente (§)			ns
Sim	24 (15,1)	19 (18,1)	
Não	135 (84,9)	86 (81,9)	

(*), (§) e (†), χ^2 ; (**) U de Mann-Whitney

2.5 – A toma contínua de medicamentos

No Quadro LI, são mostrados os valores obtidos para o cruzamento das variáveis «tomar medicamentos» e «remédios» simultaneamente. Para n=34 (14,6%) elementos da amostra, há toma em simultâneo de medicamentos e remédios, e para 94,4% dos que afirmam tomar remédios há toma simultânea de medicamentos. Já para 25,2% dos que tomam medicamentos, há toma simultânea de remédios.

Quadro LI: toma em simultâneo de medicamentos e remédios.

Toma medicamentos continuadamente/ Toma remédios continuadamente (*)	Sim	Não	Total
Sim	34	8	36
Não	101	120	197
Total	135	128	233

(*) p = 0,000

2.6 – A opinião sobre o que é um medicamento

Nos Quadros LII e LIII mostramos as diferenças com significado em função das variáveis consideradas para o Capítulo 1, em que se pretendia saber da opinião sobre o que é um medicamento.

2.6.1 – Diferenças com significado estatístico por tipo de família, sexo, sofrer de doença crónica, tomar continuamente medicamentos e tomar continuamente remédios.

Podemos verificar que é sobretudo no grupo de respondedores que tomam medicamentos que verificamos haver mais situações com diferença significativa.

Quadro LII: “Para mim um medicamento”, diferenças com significado estatístico.

Para mim um medicamento:	Família (p) (*)	Sexo (p) (**)	Doença crónica (p) (†)	Medica- mentos (p) (§)	Remédios (p) (§)
1 – É um produto natural	ns	ns	ns	ns	ns
2 – É um produto feito em laboratório	ns	ns	0,007	ns	0,001
3 – É um produto industrial	0,034	ns	ns	0,022	0,012
4 – É um preparado que não se pode fazer em casa	ns	ns	ns	0,019	ns
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	ns	ns	ns	0,006	ns
6 – É uma substância que cura doenças	ns	ns	ns	ns	ns
7 – É uma substância que melhora a saúde	ns	ns	ns	ns	ns
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	ns	ns	ns	ns	ns

Nota: (*), (**), (†), (§), (§), U de Mann-Whitney.

2.6.2 – Diferenças com significado estatístico por grupo etário, formação (grau mais alto atingido), actividade de ocupação e freguesia de residência.

Podemos verificar que é sobretudo em função da formação académica que verificamos haver mais situações com diferença significativa.

Quadro LIII: “Para mim um medicamento”, diferenças com significado estatístico, por grupo etário, formação académica, actividade e tipo de freguesia.

Para mim um medicamento:	Grupo etário p (*)	Formação p (**)	Actividade p (†)	Freguesia p (§)
1 – É um produto natural	ns	ns	ns	0,003
2 – É um produto feito em laboratório	ns	ns	ns	ns
3 – É um produto industrial	ns	<0,001	ns	ns
4 – É um preparado que não se pode fazer em casa	ns	0,001	ns	ns
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	ns	0,038	ns	ns
6 – É uma substância que cura doenças	ns	ns	ns	ns
7 – É uma substância que melhora a saúde	ns	ns	ns	ns
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	ns	ns	ns	ns

Nota: (*) e (§) Kruskal Wallis; (**) e (†) U de Mann-Whitney.

2.6.3 – Valores absolutos e relativos das afirmações de concordância para as afirmações com significado estatístico.

Nos quadros seguintes mostramos os resultados para cada caso de diferença com significado estatístico.

No Quadro LIV, verificamos que é em meio rural que um medicamento é mais julgado ser um produto natural.

Quadro LIV: “Para mim um medicamento é um produto natural”, distribuição percentual da concordância por variável.

Tipo de Freguesia/ Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Predominantemente urbana (n=178)	5,6	81,5	12,9
Mediamente urbana (n=57)	14,0	65,0	21,0
Predominantemente rural (n=37)	37,8	48,6	13,5

Pelo Quadro LV, verificamos que é no grupo dos que sofrem de doença crónica e no dos que tomam continuamente remédios e medicamentos que mais é julgado não ser um medicamento um produto natural.

Quadro LV: “Para mim um medicamento é um produto feito em laboratório”, distribuição percentual da concordância por variável.

Doença crónica / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=82)	92,7	3,7	3,7
Não (n=182)	98,9	0,0	1,1
Toma contínua de remédios / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=43)	88,4	7,0	4,7
Não (n=223)	98,2	0,4	1,3

No Quadro LVI mostramos que quem vive só, quem tem menor formação académica e quem toma continuamente remédios e medicamentos, crê menos ser o medicamento um produto industrial.

Quadro LVI: “Para mim um medicamento é um preparado industrial”, distribuição percentual da concordância por variável.

Tipo de família / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Só (n=25)	56,0	12,0	32,0
Acompanhado (n=244)	75,0	9,02	16,0
Grupo de formação / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	64,1	10,6	25,4
Média/Superior (n=130)	82,3	8,5	9,2
Toma contínua de medicamentos / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=140)	67,1	10,0	22,9
Não (n=129)	79,1	8,5	12,4
Toma contínua de remédios / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=43)	55,8	20,9	23,3
Não (n=223)	76,2	7,6	16,1

Pelo Quadro LVII verificamos ser menor a resposta positiva à concordância com o facto de um medicamento se poder confeccionar em casa nos respondedores que têm menor formação académica e nos que tomam continuamente medicamentos.

Quadro LVII: “Para mim um medicamento é um preparado que não se pode fazer em casa”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo de formação / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	68,3	23,2	8,4
Média/Superior (n=130)	86,2	7,7	6,2
Toma contínua de medicamentos / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=140)	70,7	20,0	9,3
Não (n=129)	82,9	11,6	5,4

No Quadro LVIII verificamos que a correcta composição de um medicamento para administração ao corpo é pior conhecida por quem toma continuamente medicamentos e por quem tem formação académica no grupo básico.

Quadro LVIII: “Para mim um medicamento é um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo”, distribuição percentual da concordância por variável.

Toma contínua de medicamentos /			
Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=140)	62,9	6,4	30,7
Não (n=129)	78,3	3,9	17,8
Grupo de formação / resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	64,8	5,6	29,6
Média/Superior (n=130)	76,2	4,6	19,2

2.7 – Motivos para tomar medicamentos

2.7.1 – Diferenças com significado estatístico por tipo de família, sexo, sofrer de doença crónica, tomar continuamente medicamentos e tomar continuamente remédios.

O Quadro LIX permite verificar que é o sofrer de doença crónica que mais tem situações de diferença com significado, em função das afirmações colocadas no Questionário.

Quadro LIX: “São motivos para tomar medicamentos”, diferenças com significado estatístico.

São motivos para tomar medicamentos:	Família (p) (*)	Sexo (p) (**)	Doença crónica (p) (†)	Medica- mentos (p) (§)	Remédios (p) (‡)
9 – O alívio de queixas	ns	ns	ns	ns	ns
10 – A procura de me sentir bem	ns	ns	ns	ns	ns
11 – A cura de uma doença	ns	ns	ns	ns	ns
12 – A indicação de vizinhos	ns	ns	ns	ns	ns
13 – A publicidade de revistas	ns	ns	ns	ns	ns
14 – A publicidade de televisão	0,043	ns	ns	ns	ns
15 – A publicidade da rádio	ns	ns	0,043	ns	ns
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora”!	ns	ns	0,001	<0,001	ns
17 – O estar “habitado”	ns	ns	0,012	ns	ns
18 – A indicação de médico	ns	ns	ns	ns	ns
19 – A indicação de enfermeiro	ns	ns	ns	ns	ns
20 – A indicação de farmacêutico	ns	ns	ns	ns	ns

Nota: (*), (**), (†), (§), (‡), U de Mann-Whitney.

2.7.2 – Diferenças com significado estatístico por grupo etário, formação (grau mais alto atingido), actividade de ocupação e freguesia de residência.

No Quadro LX, verificamos que tanto em função de grupo etário como de grupo de formação académica, grupo de actividade profissional ou freguesia de residência há várias afirmações com resposta assumindo diferenças com significado.

Quadro LX: “São motivos para tomar medicamentos”, diferenças com significado estatístico.

São motivos para tomar medicamentos:	Grupo etário p (*)	Formação p (**)	Actividade p (†)	Freguesia p (§)
9 – O alívio de queixas	ns	ns	ns	ns
10 – A procura de me sentir bem	ns	0,023	0,005	ns
11 – A cura de uma doença	ns	0,026	ns	ns
12 – A indicação de vizinhos	ns	ns	ns	ns
13 – A publicidade de revistas	ns	ns	ns	ns
14 – A publicidade de televisão	ns	ns	ns	ns
15 – A publicidade da rádio	0,045	ns	<0,001	ns
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora”!	<0,001	<0,001	0,001	0,010
17 – O estar “habitado”	<0,001	0,001	0,015	0,047
18 – A indicação de médico	ns	ns	ns	ns
19 – A indicação de enfermeiro	ns	ns	ns	0,011
20 – A indicação de farmacêutico	ns	ns	0,020	0,006

Nota: (*) e (§), Kruskal-Wallis; (**), (†), U de Mann-Whitney.

2.7.3 – Valores absolutos e relativos das afirmações das respostas de concordância para as afirmações com significado estatístico.

O Quadro LXI mostra que o motivo «procura de se sentir bem» para tomar medicamentos é mais frequente nos não-ativos e no grupo de formação académica básica, reflectindo diferentes formas de ver a doença e as queixas.

Quadro LXI: “São motivos para tomar medicamentos: a procura de me sentir bem”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo de actividade / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Activo (n=162)	8,0	25,3	66,7
Não activo (n=108)	4,6	12,9	82,4
Grupo de formação / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Básica (n=142)	5,6	15,5	78,9
Média/Superior (n=130)	7,7	26,2	66,2

O Quadro LXII mostra que a toma de medicamento é sobretudo relacionada com a cura de doença para quem tem formação académica mais alta.

Quadro LXII: “São motivos para tomar medicamentos: a cura de uma doença”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo de formação / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Básica (n=142)	11,9	12,7	75,3
Média/Superior (n=130)	6,9	6,9	86,2

Pelo Quadro LXIII, podemos verificar que o viver acompanhado indicia maior propensão para tomar medicamentos.

Quadro LXIII: “São motivos para tomar medicamentos: a publicidade na televisão”, distribuição percentual da concordância por variável.

Tipo de família / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Só (n=25)	20,0	80,0	0,0
Acompanhado (n=244)	8,2	89,8	2,0

No Quadro LXIV, verificamos que a publicidade na rádio pode ser motivo para tomar medicamentos em quem não sofre de doença crónica, nos grupos etários mais jovens e nos indivíduos activos.

Quadro LXIV: “São motivos para tomar medicamentos: a publicidade na rádio”, distribuição percentual da concordância por variável.

Doença crónica / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Sim (n=82)	15,9	84,1	0
Não (n=182)	8,8	89,0	2,2
Grupo etário / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
16-35 (n=85)	3,5	94,1	2,4
36-50 (n=60)	10,0	86,7	3,3
51-65 (n=68)	14,7	85,3	0,0
>65 (n=56)	16,0	82,1	1,8
Actividade / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Activo (n=162)	11,1	86,4	2,4
Não activo (n=108)	10,2	88,9	0,9

O Quadro LXV permite verificar que são motivos para tomar medicamentos o julgar que se os não toma não melhora, ter doença crónica, tomar continuamente medicamentos, ter idade mais avançada, ter formação académica básica, estar inactivo profissionalmente e residir em freguesia predominantemente rural.

Quadro LXV: “São motivos para tomar medicamentos: Julgar que se os não tomar não melhora”, distribuição percentual da concordância por variável.

Doença crónica / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Sim (n=82)	9,8	35,4	54,9
Não (n=182)	12,6	56,6	30,8
Toma contínua de medicamentos / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Sim (n=140)	7,9	40,7	51,4
Não (n=129)	14,7	58,9	26,4
Grupo etário / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
16-35 (n=85)	10,6	68,2	21,2
36-50 (n=60)	11,7	63,3	25,0
51-65 (n=68)	16,2	35,3	48,5
>65 (n=56)	7,2	23,2	69,6
Grupo de formação / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Básico (n=142)	9,2	38,0	52,8
Média/ superior (n=130)	13,8	62,3	23,8
Grupo de actividade / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Activo (n=162)	12,9	52,5	34,6
Não activo (n=108)	9,3	45,4	45,4
Tipo de freguesia / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Predominantemente urbana (n=178)	11,2	54,5	34,3
Mediamente urbana (n=57)	10,5	50,9	38,6
Predominantemente rural (n=37)	13,5	24,3	62,2

No Quadro LXVI verificamos que é motivo para tomar medicamentos o facto de estar habituado a tomá-los, o facto de ser mais idoso, estar no grupo de formação mais básico, ser não-activo profissionalmente, sofrer de doença crónica, e residir em freguesia não predominantemente urbana.

Quadro LXVI: “São motivos para tomar medicamentos: o estar habituado”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo etário / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
16-35 (n=85)	7,1	85,9	7,1
36-50 (n=60)	0,1	83,3	6,7
51-65 (n=68)	14,7	76,5	8,8
>65 (n=56)	12,5	53,6	33,9
Grupo de formação / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Básico (n=142)	10,6	66,9	22,5
Média/ superior (n=130)	10,8	85,4	3,8
Grupo de actividade / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Activo (n=162)	10,5	78,4	11,1
Não activo (n=108)	11,1	71,3	17,6
Doença crónica / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Sim (n=82)	13,4	59,8	26,9
Não (n=182)	9,9	82,9	7,1
Tipo de freguesia / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Predominantemente urbana (n=178)	11,2	80,9	7,9
Mediamente urbana (n=57)	7,0	66,7	26,3
Predominantemente rural (n=37)	13,5	64,9	21,6

Pelo Quadro LXVII, percebemos ser o enfermeiro indutor de medicação em meio predominantemente rural.

Quadro LXVII: “São razões para tomar medicamentos: a indicação de enfermeiro”, distribuição percentual da concordância por variável.

Tipo de freguesia	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Predominantemente urbana (n=178)	10,7	51,1	38,2
Mediamente urbana (n=57)	19,3	59,6	21,0
Predominantemente rural (n=37)	13,5	35,1	51,4

Pelo Quadro LXVIII, percebe-se que a indicação para tomar medicamentos por indicação do farmacêutico é sobretudo relevante para os não-ativos e para os que residem em freguesia predominantemente rural.

Quadro LXVIII: “São razões para tomar medicamentos: a indicação de farmacêutico”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo de actividade / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Activo (n=162)	15,4	42,0	42,6
Não activo (n=108)	11,1	40,7	48,1
Tipo de freguesia / Resposta	Não sei (%)	Não (%)	Sim (%)
Predominantemente urbana (n=178)	11,8	41,5	46,6
Mediamente urbana (n=57)	21,1	50,9	28,1
Predominantemente rural (n=37)	13,5	24,3	62,1

2.8 – Conhecimentos acerca de como o medicamento actua no corpo, farmacodinâmica, farmacocinética e reacções adversas a medicamentos.

2.8.1 – Diferenças com significado estatístico por tipo de família, sexo, sofrer de doença crónica, tomar continuamente medicamentos e tomar continuamente remédios.

O Quadro LIXX mostra as diferenças com significado, para o primeiro capítulo deste estudo, sendo de destacar as diferenças com significado quanto a “O medicamento corrige os erros que faço diariamente”.

Quadro LXIX: “Julgo que”, conhecimentos acerca de farmacocinética, farmacodinâmica e reacções adversas a medicamentos, diferenças com significado estatístico.

Julgo que:	Família (p) (*)	Sexo (p) (**)	Doença crónica (p) (†)	Medica- mentos (p) (§)	Remédios (p) (‡)
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	ns	ns	ns	0,028	ns
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	0,040	ns	ns	ns	ns
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	ns	ns	ns	ns	ns
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	ns	ns	ns	ns	ns
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	ns	ns	ns	ns	ns
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	ns	ns	ns	ns	ns
27 – O medicamento corrige os erros que faço diariamente.	0,048	ns	0,006	ns	0,014
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	ns	ns	ns	ns	ns
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	ns	ns	ns	ns	0,021
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	ns	ns	ns	ns	ns

Nota: (*), (**), (†), (§), (‡), U de Mann-Whitney.

2.8.2 – Diferenças com significado estatístico por grupo etário, formação (grau mais alto atingido), actividade de ocupação e freguesia de residência.

O Quadro LXX mostra que as diferenças com significado nas respostas têm distribuição ubiquitária sendo mais frequentes para a variável “tipo de formação académica”.

Quadro LXX: “Julgo que”, conhecimentos acerca de farmacocinética e farmacodinâmica, diferenças com significado estatístico.

Julgo que:	Grupo etário p (*)	Formação p (**)	Actividade p (†)	Freguesia p (§)
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	ns	0,017	ns	ns
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	ns	<0,001	ns	ns
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	ns	0,004	0,012	ns
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	<0,001	<0,001	ns	0,023
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	ns	0,003	ns	ns
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	ns	ns	0,049	ns
27 – O medicamento corrige os erros que faço diariamente.	ns	<0,001	ns	ns
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	ns	0,001	ns	ns
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	0,024	ns	ns	ns
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	ns	ns	ns	ns

Nota: (*) e (§), Kruskal-Wallis; (**), (†), U de Mann-Whitney.

2.8.3 – Valores absolutos e relativos das afirmações das respostas de concordância para as afirmações com significado estatístico.

O Quadro LXXI, que trata os resultados quanto ao conhecimento da distribuição do medicamento em todo o corpo, mostra piores resultados naqueles nos que tomam continuamente medicamentos por oposição aos que os não tomam e nos que estão em grupo de formação académica mais elevada.

Quadro LXXI: Julgo que: “o medicamento actua em todo o corpo”, distribuição percentual da concordância por variável.

Família	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Toma contínua de medicamentos	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Sim (n=140)	37,1	35,0	27,9
Não (n=129)	46,5	41,1	12,4
Grupo formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	36,0	38,0	26,0
Média / Superior (n=130)	47,7	36,9	15,4

No Quadro LXXII mostramos os resultados quanto à concordância com o facto de o medicamento apenas corrigir o que está errado no corpo, sendo piores as respostas no grupo dos que vivem acompanhados, rupos etários extremos, nos que tomam continuamente medicamentos e nos que têm formação académica mais baixa.

Quadro LXXII: Julgo que: “o medicamento apenas corrige o que está errado no corpo”, distribuição percentual da concordância por variável.

Família	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Só (n=25)	28,0	32,0	40,0
Acompanhado (n=244)	38,1	44,7	17,2
Grupo de formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básico (n=142)	23,2	50,0	26,8
Média/ superior (n=130)	51,5	37,7	10,8

No Quadro LXXIII verificamos que têm pior conhecimento sobre a actuação sistémica do medicamento aqueles que têm formação académica mais elevada ao darem mais

respostas “Não” que os de mais baixos estudos, apesar de na resposta “Sim” os de mais elevada formação terem maior percentagem que o grupo e mais baixos estudos.

Quadro LXXIII: Julgo que: “o medicamento actua apenas em algumas partes do corpo”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	21,1	53,5	25,3
Média / Superior (n=130)	30,8	57,7	11,5
Grupo actividade profissional	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Activo (n=162)	26,5	60,5	13,0
Não activo (n=108)	25,0	48,1	26,9

Os medicamentos podem ter como indicação a patologia psiquiátrica, havendo várias classes terapêuticas, algumas das quais apenas para a terapêutica da ansiedade. Pelo Quadro LXXIV, podemos verificar que a concordância com a afirmação de que um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto, é maior com a idade mais avançada, com a mais elevada formação académica, a inactividade laboral e menor com a residência em freguesia predominantemente rural.

Quadro LXXIV: Julgo que: “um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo etário	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
16-35 (n=85)	65,9	22,4	11,8
36-50 (n=60)	58,3	28,3	13,3
51-65 (n=68)	44,1	44,1	11,8
> 65 (n=56)	16,1	66,9	16,0
Grupo formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	33,8	50,7	15,5
Média / Superior (n=130)	63,1	24,6	12,3
Tipo de freguesia	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Predominantemente urbana (n=178)	55,1	30,9	14,0
Mediamente urbana (n=57)	38,6	50,9	10,5
Predominantemente rural (n=37)	27,0	54,1	19,0

Sobre o tema da ingestão de um medicamento determinar a sua absorção, temos os resultados, com significado, no Quadro LXXV. Verificamos pior conhecimento da absorção no grupo de formação académica mais baixa.

Quadro LXXV: Julgo que: “depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	28,4	38,9	32,7
Média/superior (n=130)	7,7	76,9	15,4

A metabolização do medicamento é um aspecto-chave para a sua eliminação do corpo. Inquirimos o conhecimento sobre este aspecto, tendo encontrado diferenças com significado para a variável grupo de actividade, tal como é mostrado no Quadro LXXVI, em que o conhecimento correcto é mais marcado nos profissionalmente activos.

Quadro LXXVI: “Julgo que: depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo de actividade	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Activo (n=142)	28,4	38,9	32,7
Não activo (n=130)	22,2	31,5	46,3

No Quadro LXXVII, são mostrados os resultados quanto a “julgo que: o medicamento corrige os erros que faço diariamente”, sua distribuição percentual da concordância por variável.

Quadro LXXVII: “Julgo que: o medicamento corrige os erros que faço diariamente”, distribuição percentual da concordância por variável.

Família	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Só (n=25)	28,4	38,9	32,7
Acompanhado (n=244)	68,0	13,5	18,4
Grupo formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	28,4	38,9	32,7
Média/Superior (n=130)	79,2	7,7	13,1
Doença crónica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Sim (n=82)	28,4	38,9	32,7
Não (n=182)	72,0	9,3	18,7
Toma contínua de remédios	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Sim (n=43)	28,4	38,9	32,7
Não (n=223)	69,5	12,6	17,9

No Quadro LXXVIII mostramos os resultados para a análise das variáveis com diferença quanto à segurança pela toma de medicamentos, o conhecimento sobre reacções adversas a medicamentos, sendo de notar que tal sentimento de segurança é menos marcado no grupo com formação académica mais alta.

Quadro LXXVIII: Julgo que: A segurança pela toma de medicamentos. Análise de diferenças com significado para a afirmação “Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo”

Grupo formação académica	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	71,8	10,6	17,6
Média/Superior (n=130)	88,5	3,0	8,5

No Quadro LXXIX mostramos os resultados para a análise da variável com diferença quanto à segurança pela toma de medicamentos, para a afirmação detinada a medir o conhecimento quanto à sensação de mal-estar pela toma de medicamentos, complementar da anterior. É sobretudo quem não toma remédios que mais julga poderem os medicamentos dar sensação de mal-estar.

Quadro LXXIX: Julgo que: “Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar”, distribuição percentual da concordância por variável.

Toma contínua de remédios	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Sim (n=43)	14,0	69,8	16,3
Não (n=223)	4,0	85,2	10,8

2.9 – O valor económico dos medicamentos

Este capítulo destina-se a conhecer a relação económica e mesmo financeira com o medicamento e a receita. Nos quadros abaixo mostramos o estudo efectuado, para avaliar as diferenças com significado e as frequências por variável quanto às afirmações elaboradas.

Salienta-se o facto de serem poucas as diferenças encontradas com significado estatístico.

2.9.1 – Diferenças com significado estatístico por tipo de família, sexo, sofrer de doença crónica, tomar continuamente medicamentos e tomar continuamente remédios.

Quadro LXXX: “Penso que”, opinião acerca do valor económico dos medicamentos, diferenças com significado estatístico.

Penso que:	Família (p) (*)	Sexo (p) (**)	Doença crónica (p) (†)	Medica- mentos (p) (§)	Remédios (p) (‡)
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	ns	ns	0,005	ns	ns
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	0,001	ns	ns	ns	ns
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	ns	ns	ns	ns	ns
34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	ns	ns	ns	ns	ns
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	ns	ns	ns	ns	ns
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	ns	ns	ns	ns	ns
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	ns	ns	ns	ns	ns
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	ns	ns	0,006	0,028	ns

Nota: (*), (**), (†), (§), (‡), U de Mann-Whitney.

2.9.2 – Diferenças com significado estatístico por grupo etário, formação (grau mais alto atingido), actividade de ocupação e freguesia de residência.

No Quadro LXXXI são mostradas as diferenças com significado estatístico.

Quadro LXXXI: “Penso que”, opinião acerca do valor económico dos medicamentos, diferenças com significado estatístico.

Penso que:	Grupo etário p (*)	Formação p (**)	Actividade p (†)	Freguesia p (§)
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	<0,001	0,040	0,001	0,002
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	ns	ns	ns	ns
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	ns	ns	ns	0,035
34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	0,045	0,002	ns	ns
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	ns	ns	ns	ns
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	ns	ns	ns	ns
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	ns	ns	ns	ns
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	<0,001	0,002	0,015	0,029

Nota: (*) e (§), Kruskal-Wallis; (**), (†), U de Mann-Whitney.

2.9.3 – Valores absolutos e relativos das afirmações das respostas de concordância para as afirmações com significado estatístico.

No Quadro LXXXII mostramos os resultados obtidos, sendo de destacar que o medicamento pode ser comparado com uma mercadoria como o pão sobretudo entre os mais idosos. É maior a frequência de não concordância com tal afirmação para os mais jovens, aqueles de formação académica superior, para quem não sofre de doença crónica, para os activos profissionalmente e para a residência em freguesia predominantemente urbana.

Quadro LXXXII: “Penso que o medicamento é uma mercadoria como o pão”, distribuição percentual da concordância por variável

Grupo etário / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
16-35 (n=85)	7,0	89,4	3,5
36-50 (n=60)	2,7	90,4	6,9
51-65 (n=68)	4,4	86,8	8,8
>65 (n=56)	32,1	60,7	7,1
Grupo formação académica / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	16,2	76,0	7,7
Média/Superior (n=130)	3,8	90,8	5,4
Doença crónica / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=82)	20,7	72,0	7,3
Não (182)	4,9	88,5	6,6
Grupo actividade / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Activo (n=162)	5,6	85,8	8,6
Não activo (n=108)	17,6	78,7	3,7
Tipo de freguesia / Resposta	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Predominantemente urbana (n=178)	5,1	87,6	7,3
Mediamente urbana (n=57)	14,0	82,4	3,5
Predominantemente rural (n=37)	29,8	62,2	8,1

A aquisição de medicamentos em função da sua disponibilização directa em loja é mais respondida para os que vivem acompanhados, segundo o Quadro LXXXIII.

Quadro LXXXIII: “Penso que consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis na prateleira de uma loja que não a farmácia.”, distribuição percentual da concordância por variável

Tipo de Família	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Só (n=25)	0,0	80,0	20,0
Acompanhado (n=244)	2,0	93,9	4,1

No Quadro LXXXIV, pode verificar-se que a aquisição de mais medicamentos em função do seu mais baixo preço tem maior significado entre os que vivem em freguesia predominantemente rural.

Quadro LXXXIV: “Penso que consumiria mais medicamentos se estes fossem mais baratos.”, distribuição percentual da concordância por variável

Tipo de freguesia	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Predominantemente urbana (n=178)	5,1	91,6	3,7
Mediamente urbana (n=57)	7,0	84,2	8,8
Predominantemente rural (n=37)	10,8	81,1	8,1

A compra de todos os medicamentos prescritos tem menor concordância, segundo o Quadro LXXXV e com significado, entre os que têm maior formação académica e entre os mais novos.

Quadro LXXXV: “Penso que quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, distribuição percentual da concordância por variável

Grupo formação académica	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	90,0	10,0	0,0
Média/Superior (n=130)	73,1	15,4	11,5
Grupo etário	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
16-35 (n=85)	78,8	18,8	2,3
36-50 (n=60)	65,0	25,0	10,0
51-65 (n=68)	85,3	10,3	4,4
>65 (n=56)	78,6	16,1	5,4

A concordância com a frase de obter sempre uma receita em cada consulta tem resultados, apresentados no Quadro LXXXVI, com significado na análise em algumas das variáveis consideradas. Esperam menos ter tal receita os mais novos, os que têm maior formação académica, os que não sofrem de doença crónica, os activos, os que não tomam continuamente medicamentos e os que vivem em freguesia predominantemente urbana.

Quadro LXXXVI: “Penso que quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita médica”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo etário	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
16-35 (n=85)	11,7	87,0	1,2
36-50 (n=60)	1,7	95,0	3,3
51-65 (n=68)	10,3	83,8	5,9
>65 (n=56)	41,0	55,4	3,6
Grupo formação académica	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Básica (n=142)	23,2	72,5	42,3
Média/Superior (n=130)	6,9	90,0	30,8
Doença crónica	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=82)	24,4	72,0	3,7
Não (182)	9,9	86,3	3,8
Grupo actividade	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Activo (n=162)	11,1	84,6	4,3
Não activo (n=108)	22,2	75,0	2,8
Toma contínua de medicamentos	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Sim (n=140)	21,4	74,3	4,3
Não (n=129)	9,3	87,6	3,1
Tipo de freguesia	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
Predominantemente urbana (n=178)	10,1	87,1	2,8
Mediamente urbana (n=57)	21,0	75,4	3,5
Predominantemente rural (n=37)	32,4	59,5	8,1

2.10 – Consumo prévio de remédios e sua comparação com os resultados obtidos com medicamentos

2.10.1 – Dado que este capítulo se destinava a conhecer a utilização de «remédios» e se estes eram mais eficazes que os «medicamentos», foi feita a opção de apenas estudar os resultados das afirmações que permitiam medir a utilização de «remédios» e a específica questão da sua utilização em conjunto com medicamentos, excluindo-se assim a análise comparativa em função da eficácia sentida na comparação entre medicamentos e remédios.

No Quadro LXXXVII, mostramos os resultados obtidos para as respostas positivas à toma de «remédios de ervanária», aos medicamentos vendidos em «outras lojas», à «acupunctura» e à «medicina natural», bem como quanto ao facto de já ter havido toma conjunta de medicamentos e remédios.

Quadro LXXXVII: “Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupunctura ou preparado caseiro tradicional”, opinião quanto a consumo e eficácia comparada, diferenças com significado estatístico.

Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupunctura ou preparado caseiro tradicional):	Família (p) (*)	Sexo (p) (**)	Doença crónica (p) (†)	Medica- mentos (p) (§)	Remédios (p) (‡)
39 – Já tomei remédios da “ervanária”.	ns	ns	ns	ns	ns
41 – Já comprei remédios vendidos em outras lojas.	ns	ns	ns	ns	ns
43 – Já recorri à “acupunctura”.	ns	ns	ns	ns	ns
45 – Já utilizei remédios de “medicina natural”. São tão eficazes como os de venda na farmácia; n=66	ns	ns	ns	ns	ns
47 – Já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios; n=272	0,004	ns	0,026	ns	ns

Nota: (*), (**), (†), (§), (‡), U de Mann-Whitney.

2.10.2 – Diferenças com significado estatístico por grupo etário, formação (grau mais alto atingido), actividade de ocupação e freguesia de residência.

No Quadro LXXXVIII, mostramos por grupo etário, formação académica, actividade de ocupação e freguesia de residência as diferenças com significado sobre a opinião quanto a consumo e eficácia comparada de remédios.

Quadro LXXXVIII: “Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupuntura ou preparado caseiro tradicional)”, opinião quanto a consumo e eficácia comparada, diferenças com significado estatístico.

Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupuntura ou preparado caseiro tradicional):	Grupo etário p (*)	Formação p (**)	Actividade p (†)	Freguesia p (§)
39 – Já tomei remédios da “ervanária”; n=128	ns	ns	ns	ns
41 – Já comprei remédios vendidos em outras lojas; n=43	ns	ns	ns	ns
43 – Já recorri à “acupuntura”; n=18	ns	ns	ns	ns
45 – Já utilizei remédios de “medicina natural”; n=66	ns	ns	ns	ns
47 – Já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios; n=272	ns	ns	ns	ns

Nota: (*) e (§), Kruskal-Walis; (**), (†), U de Mann-Whitney.

2.10.3 – Valores absolutos e relativos das afirmações das respostas de concordância para as afirmações com significado estatístico.

No Quadro IXC apresentamos os resultados obtidos, em frequência, verificando-se que a utilização simultânea de medicamentos e remédios é mais marcada para quem vive só e para quem tem doença crónica.

Quadro IXC: “Quanto a remédios: já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios”, distribuição percentual da concordância por variável.

Família / Resposta	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Só (n=25)	48,0	40,0	12,0
Acompanhado (n=244)	75,4	18,8	57,4
Doença crónica / Resposta	Não (%)	Sim (%)	Não sei (%)
Sim (n=82)	63,4	26,8	9,8
Não (n=182)	76,4	18,7	4,4

2.11 – A representação cognitiva de medicamentos e remédios em geral

Esta secção do estudo destinava-se a verificar a opinião sobre as afirmações recolhidas no âmbito do «*Beliefs about Medicines Questionnaire*».

2.11.1 – Diferenças com significado estatístico por tipo de família, sexo, sofrer de doença crónica, tomar continuamente medicamentos e tomar continuamente remédios.

No Quadro XC, mostramos as diferenças com significado estatístico encontradas na análise pelas variáveis família, sexo, sofrer de doença crónica, tomar medicamentos e tomar remédios.

Quadro XC: A representação cognitiva de medicamentos em geral, diferenças com significado.

Afirmação	Família (p) (*)	Sexo (p) (**)	Doença crónica (p) (†)	Medica- mentos (p) (§)	Remédios (p) (‡)
48 – Os médicos receitam demasiados medicamentos.	ns	0,019	ns	0,003	ns
49 – Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	ns	0,013	ns	ns	ns
50 – A maior parte dos medicamentos cria habituação.	ns	ns	ns	ns	ns
51 – Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	ns	ns	ns	0,028	ns
52 – Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	ns	ns	ns	ns	ns
53 – Todos os medicamentos são venenos.	0,015	ns	0,041	ns	ns
54 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	ns	ns	ns	ns	ns
55 – Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	ns	ns	ns	ns	0,002

Nota: (*), (**), (†), (§), (‡), U de Mann-Whitney.

2.11.2 – Diferenças com significado estatístico por grupo etário, formação (grau mais alto atingido), actividade de ocupação e freguesia de residência.

No Quadro XCI mostramos, por grupo etário, grupo de formação académica, grupo de actividade e freguesia de residência as diferenças com significado nas respostas obtidas.

Quadro XCI: A representação cognitiva de medicamentos em geral, diferenças com significado estatístico.

Afirmação	Grupo etário p (*)	Formação p (**)	Actividade p (†)	Freguesia p (§)
48 – Os médicos receitam demasiados medicamentos.	ns	0,006	ns	ns
49 – Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	ns	ns	ns	ns
50 – A maior parte dos medicamentos cria habituação.	ns	ns	ns	ns
51 – Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	ns	ns	0,029	ns
52 – Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	ns	ns	ns	ns
53 – Todos os medicamentos são venenos.	ns	0,001	0,046	ns
54 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	ns	ns	ns	ns
55 – Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	ns	ns	ns	ns

Nota: (*) e (§), Kruskal-Walis; (**), (†), U de Mann-Whitney.

2.11.3 – Valores absolutos e relativos das afirmações das respostas de concordância para as afirmações com significado estatístico.

A representação cognitiva de medicamentos em geral tem diferenças com significado estatístico. Segundo o Quadro XCII, para a afirmação de que os médicos receitam demasiados medicamentos, são os elementos do sexo masculino, quem tem maior formação académica e quem não toma continuamente medicamentos que concorda mais com a afirmação.

Quadro XCII: “Os médicos receitam demasiados medicamentos”, distribuição percentual da concordância por variável.

Sexo / Resposta	Concordo Totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Masculino (n=80)	15,0	28,8	26,3	22,5	7,5
Feminino (n=179)	9,9	22,3	30,7	36,3	5,0
Grupo formação académica / Resposta	Concordo Totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Básica (n=142)	7,4	17,6	32,3	32,4	10,3
Média/Superior (n=130)	9,4	30,7	27,6	31,5	0,8
Toma continuada de medicamentos / Resposta	Concordo Totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Sim (n=137)	7,3	16,1	32,8	35,8	8,0
Não (n=123)	9,8	32,5	26,9	27,6	3,3

Pelo Quadro XCIII, podemos verificar que são os homens quem mais concorda com a necessidade de parar regularmente a toma de medicamentos, discordando mais o grupo das mulheres.

Quadro XCIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando”, distribuição percentual da concordância por variável.

Sexo	Concordo Totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Masculino (n=79)	19,0	24,1	32,9	16,5	7,6
Feminino (n=182)	7,1	25,8	28,0	29,1	9,9

No Quadro XCIV, e quanto ao facto de os remédios serem mais seguros que os medicamentos, podemos verificar que concordam mais os activos e discordam mais os não-activos, e que concorda mais quem não toma continuamente medicamentos, discordando mais quem os toma continuamente.

Quadro XCIV: “Os remédios são mais seguros que os medicamentos”, distribuição percentual da concordância por variável.

Grupo Actividade / Resposta	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Activo (n=79)	5,8	9,6	48,7	26,2	9,6
Não Activo (n=180)	1,9	5,7	45,7	32,4	14,2
Toma continuada de medicamentos / Resposta	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Sim (n=135)	2,2	8,9	42,9	29,6	16,2
Não (n=125)	6,4	7,2	52,0	28,0	6,4

A análise do Quadro XCV, destinado a avaliar a noção de medo de o medicamento ser algo potencialmente catastrófico, verificamos que é quem vive só que mais concorda com a afirmação e que é quem tem menor formação académica que mais está de acordo, o mesmo se verificando com quem sofre de doença crónica e com quem é activo profissionalmente.

Quadro XCV: “Todos os medicamentos são venenos”, distribuição percentual da concordância por variável.

Família	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Só (n=23)	17,4	26,1	17,4	26,1	13,0
Acompanhado (n=235)	3,4	11,1	27,7	38,3	19,6
Grupo formação académica	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Básica (n=142)	6,6	13,9	34,6	30,1	14,7
Média/Superior (n=130)	2,4	10,4	19,2	44,8	23,2
Doença crónica	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Sim (n=80)	7,5	16,3	26,3	37,5	12,5
Não (n=173)	3,5	10,4	27,2	37,6	21,4
Grupo Actividade	Concordo totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Activo (n=79)	32,5	9,7	26,6	39,6	20,8
Não Activo (n=180)	6,7	16,2	27,6	33,3	16,2

Pelo Quadro XCVI, podemos verificar que quem toma continuamente remédios acredita mais que, se os médicos estivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos.

Quadro XCVI: “Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos”, distribuição percentual da concordância por variável.

Toma contínua de remédios	Concordo Totalmente (%)	Concordo (%)	Sem opinião (%)	Discordo (%)	Discordo totalmente (%)
Sim (n=42)	35,7	33,3	19,0	9,5	2,3
Não (n=217)	16,1	30,9	24,9	23,5	4,6

3 – Análise factorial por grupos.

Realizou-se análise factorial para saber quais os componentes de cada capítulo, a fim de perceber quais as questões mais discriminativas.

Nos quadros abaixo, descrevem-se os componentes por capítulo, utilizando a análise factorial com método de rotação Varimax, após prévia utilização da Medida de Keiser-Meyer-Olkin para adequação da amostra e do teste de esfericidade de Bartlett.

3.1 – Capítulo 1: “São motivos para tomar medicamentos...”

Nos Quadros XCVII e XCVIII são mostrados os resultados do Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett, e de comunalidades no capítulo 1.

Quadro XCVII : Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,783
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	350,910
	df	28
	Sig.	0,000

Quadro XCVIII: Comunalidades no capítulo 1.

Afirmação	Inicial	Extracção
1 – É um produto natural	1,000	0,404
2 – É um produto feito em laboratório	1,000	0,667
3 – É um produto industrial	1,000	0,452
4 – É um preparado que não se pode fazer em casa	1,000	0,593
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	1,000	0,363
6 – É uma substância que cura doenças	1,000	0,380
7 – É uma substância que melhora a saúde	1,000	0,563
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	1,000	0,413

Método de extracção: Análise de componentes principais.

Pelo Quadro XCIX, podemos observar que 47,9% da informação do capítulo é explicada pelos componentes extraídos, em função do valor próprio (eigenvalue) de cada componente, que deve ser superior à unidade.

Quadro XCIX: Variância total explicada.

Valor próprio inicial			
Componente	Total	% da variância	% acumulada
1	2,796	34,948	34,948
2	1,039	12,989	47,937
3	0,953	11,911	59,848
4	0,796	9,947	69,795
5	0,750	9,379	79,174
6	0,691	8,641	87,815
7	0,530	6,631	94,445
8	0,444	5,555	100,000

Método de extracção: Análise de componentes principais.

No Quadro C, apresentamos os agrupamentos de afirmações em função dos componentes encontrados pelo SPSS.

Quadro C: Resultados da matriz dos componentes do capítulo “em minha opinião um medicamento:”

Em minha opinião um medicamento:	Componente 1	Componente 2
1 – É um produto natural	0,353	-0,218
2 – É um produto feito em laboratório	-0,242	0,652
3 – É um produto industrial	0,222	0,099
4 – É um preparado que não se pode fazer em casa	0,242	0,132
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	0,271	-0,044
6 – É uma substância que cura doenças	0,209	0,082
7 – É uma substância que melhora a saúde	-0,064	0,492
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	0,348	-0,193

Método de Extracção: Análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

3.2 – Capítulo 2: “Julgo que...”

Nos Quadros CI e CII são mostrados os resultados do Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett, e de comunalidades no capítulo 2.

Quadro CI: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,813
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	1412,483
	df	66
	Sig.	0,000

Quadro CII: Comunalidades no capítulo 2.

São motivos para tomar medicamentos:	Inicial	Extracção
9 – O alívio de queixas	1,000	0,802
10 – A procura de me sentir bem	1,000	0,665
11 – A cura de uma doença	1,000	0,378
12 – A indicação de vizinhos	1,000	0,734
13 – A publicidade de revistas	1,000	0,904
14 – A publicidade de televisão	1,000	0,849
15 – A publicidade da rádio	1,000	0,746
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora”!	1,000	0,648
17 – O estar “habitado”	1,000	0,675
18 – A indicação de médico	1,000	0,278
19 – A indicação de enfermeiro	1,000	0,756
20 – A indicação de farmacêutico	1,000	0,734

Método de extracção: Análise de componentes principais.

Pelo Quadro CIII, podemos observar que 68,1% da informação do capítulo é explicada pelos quatro componentes extraídos.

Quadro CIII: Variância total explicada.

Valores próprios iniciais			
Componente	Total	% da Variância	% acumulada
1	4,406	36,713	36,713
2	1,431	11,923	48,636
3	1,297	10,808	59,444
4	1,034	8,615	68,059
5	0,859	7,156	75,215
6	0,762	6,347	81,561
7	0,638	5,318	86,879
8	0,568	4,729	91,608
9	0,346	2,882	94,491
10	0,306	2,547	97,038
11	0,268	2,234	99,272
12	8,741E-02	0,728	100,000

Método de extracção: Análise de componentes principais.

No Quadro CIV, apresentamos os agrupamentos de afirmações em função dos componentes encontrados pelo SPSS.

Quadro CIV: Resultados da matriz dos componentes do capítulo “são motivos para tomar medicamentos”:

São motivos para tomar medicamentos:	Compo- nente 1	Compo- nente 2	Compo- nente 3	Compo- nente 4
9 – O alívio de queixas	0,031	-0,120	-0,165	0,736
10 – A procura de me sentir bem	-0,125	0,104	0,151	0,499
11 – A cura de uma doença	-0,087	0,317	0,038	-0,026
12 – A indicação de vizinhos	0,286	-0,042	-0,070	-0,007
13 – A publicidade de revistas	0,324	-0,082	-0,021	-0,062
14 – A publicidade de televisão	0,302	-0,081	0,000	-0,016
15 – A publicidade da rádio	0,295	-0,060	-0,065	-0,006
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora!”	-0,071	-0,076	0,593	0,005
17 – O estar “habitado”	-0,078	-0,025	0,620	-0,120
18 – A indicação de médico	0,070	0,160	-0,137	0,078
19 – A indicação de enfermeiro	-0,083	0,465	-0,100	-0,015
20 – A indicação de farmacêutico	-0,086	0,449	-0,008	-0,098

Método de Extração: Análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

3.3 – Capítulo 3: “Julgo que”: conhecimentos acerca de farmacocinética e farmacodinâmica.

Nos Quadros CV e CVI são mostrados os resultados do Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett, e de comunalidades no capítulo 3.

Quadro CV: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,821
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	454,133
	df	45
	Sig.	0,000

Quadro CVI: Comunalidades no capítulo 3.

São motivos para tomar medicamentos:	Inicial	Extracção
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	1,000	0,347
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	1,000	0,489
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	1,000	0,492
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	1,000	0,420
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	1,000	0,440
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	1,000	0,419
27 – O medicamento corrige os erros que faço diariamente.	1,000	0,588
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	1,000	0,429
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	1,000	0,371
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	1,000	0,367

Método de extracção: Análise de componentes principais.

Pela análise do Quadro CVII, podemos observar que 43,6% da informação do capítulo é explicada pelos dois componentes extraídos.

Quadro CVII: Variância total explicada.

Valores próprios iniciais			
Componente	Total	% da variância	% acumulada
1	3,228	32,278	32,278
2	1,133	11,329	43,607
3	0,942	9,421	53,028
4	0,884	8,841	61,868
5	0,821	8,209	70,078
6	0,714	7,137	77,215
7	0,657	6,570	83,784
8	0,613	6,130	89,914
9	0,528	5,284	95,198
10	0,480	4,802	100,000

Método de extracção: Análise de componentes principais.

No Quadro CVIII, apresentamos os agrupamentos de afirmações em função dos componentes encontrados pelo SPSS.

Quadro CVIII: Resultados da matriz dos componentes do capítulo “Julgo que...”:

Julgo que:	Componente 1	Componente 2
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	0,314	-0,111
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	0,339	-0,076
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	0,357	-0,103
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	-0,010	0,280
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	0,359	-0,133
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	0,250	0,018
27 – O medicamento corrige os erros que faço diariamente.	-0,150	0,427
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	0,001	0,274
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	-0,066	0,305
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	-0,163	0,362

Método de Extração: Análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

3.4 – Capítulo 4: o valor económico dos medicamentos

Nos Quadros CIX e CX são mostrados os resultados de Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett, e de comunalidades no capítulo 4.

Quadro CIX: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,785
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	372,932
	df	28
	Sig.	0,000

Quadro CX: Comunalidades no capítulo 4.

Penso que:	Inicial	Extracção
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	1,000	0,450
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	1,000	0,562
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	1,000	0,487
34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	1,000	0,671
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	1,000	0,586
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	1,000	0,582
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	1,000	0,343
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	1,000	0,318

Método de extracção: Análise de componentes principais.

No Quadro CXI podemos observar que 50,0% da informação do capítulo é explicada pelos dois componentes extraídos.

Quadro CXI: Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais		
	Total	% da variância	% acumulada
1	2,807	35,093	35,093
2	1,192	14,895	49,988
3	0,959	11,988	61,976
4	0,785	9,813	71,788
5	0,655	8,186	79,975
6	0,597	7,463	87,437
7	0,527	6,591	94,028
8	0,478	5,972	100,000

Método de extracção: Análise de componentes principais .

No Quadro CXII, apresentamos os agrupamentos de afirmações em função dos componentes encontrados pelo SPSS.

Quadro CXII: Resultados da matriz dos componentes do capítulo “Penso que”:

Penso que:	Componente 1	Componente 2
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	0,201	0,130
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	0,238	0,128
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	0,148	0,210
34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	0,484	-0,413
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	0,013	0,376
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	-0,210	0,510
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	0,275	-0,041
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	0,264	-0,038

Método de Extracção: Análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

3.5 – Capítulo 5: “Quanto a remédios”: conhecimento quando ao acesso a remédios

Pela especificidade e carácter de mero conhecimento quanto à «toma» de remédios, não realizámos análise factorial para este capítulo.

3.6 – Capítulo 6: Representação cognitiva das terapêuticas

Tendo já sido publicada literatura que reflecte a aplicação deste instrumento em ambulatório e mesmo sabendo que, pela sua validação, os autores deste instrumento tiveram em mente perceber, entre outros, a excessiva utilização de medicamentos, sobre o possível dano pensado e sobre a utilização de medicamentos, realizámos a análise factorial para confirmação de resultados em ambiente de ambulatório.

Nos Quadros CXIII e CXIV são mostrados os resultados de Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett, e de comunalidades no capítulo 6.

Quadro CXIII: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,826
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	372,625
	df	28
	Sig.	0,000

Quadro CXIV: Comunalidades no capítulo 6.

Afirmação	Inicial	Extracção
48 – Os médicos receitam demasiados medicamentos.	1,000	0,541
49 – Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	1,000	0,442
50 – A maior parte dos medicamentos cria habituação.	1,000	0,465
51 – Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	1,000	0,241
52 – Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	1,000	0,676
53 – Todos os medicamentos são venenos.	1,000	0,562
54 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	1,000	0,543
55 – Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	1,000	0,599

Método de extracção: Análise de componentes principais.

No quadro CXV podemos observar que 50,9% da informação do capítulo é explicada pelos dois componentes extraídos.

Quadro CXV: Variância total explicada.

Valores próprios iniciais			
Componente	Total	% da variância	% Acumulada
1	3,029	37,863	37,863
2	1,039	12,991	50,854
3	0,886	11,078	61,933
4	0,781	9,764	71,697
5	0,604	7,548	79,245
6	0,591	7,385	86,630
7	0,560	6,996	93,626
8	0,510	6,374	100,000

Método de extracção: Análise de componentes principais .

No Quadro CXVI, apresentamos os agrupamentos de afirmações em função dos componentes encontrados pelo SPSS.

Quadro CXVI: Resultados da matriz dos componentes do capítulo sobre “Representação Cognitiva dos Medicamentos”.

Afirmação	Componente 1	Componente 2
48 – Os médicos receitam demasiados medicamentos.	-0,025	0,345
49 – Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	0,176	0,134
50 – A maior parte dos medicamentos cria habituação.	0,211	0,104
51 – Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	0,179	0,045
52 – Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	0,507	-0,216
53 – Todos os medicamentos são venenos.	0,463	-0,198
54 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	-0,216	0,469
55 – Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	-0,134	0,439

Método de Extracção: Análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

B – A fase pós-intervenção

4 – A população

A dinâmica de trabalho no ambulatório de Medicina Geral e Familiar implica actividade, tanto quanto possível programada, sendo atendidos em consulta sem agendamento todos os casos de «doença do dia». Para algumas patologias há linhas de orientação emitidas por organizações científicas internacionais que preconizam vigilância trimestral ou semestral para os casos já controlados. Por tal, é possível que muitos daqueles que acederam inicialmente às fontes de formação/informação, não tenham sido inquiridos nesta segunda fase.

4.1 – A amostra e a intervenção

No intervalo de tempo em que decorreu a 2.^a fase do estudo, verificou-se terem sido inscritos para consulta no Centro de Saúde 1638 indivíduos, segundo o Serviço Informático das Unidades de Saúde – Centro de Saúde de Eiras, dos quais 71% eram do sexo feminino. Por tipo de freguesia, aqui entendido como o local onde se situa a instalação de saúde de atendimento, verificamos que a população feminina representa 70% da população de freguesia predominantemente urbana, em freguesia mediantemente urbana 72% e em freguesia predominantemente rural 76%. A idade média dos inscritos é de $52,6 \pm 19,1$ anos.

Na segunda fase, foram entregues sequencialmente 780 questionários de acordo com a metodologia, entre os dias 21 e 30 de Abril. A base de dados foi encerrada no dia 31 de Maio.

4.1 a) Contacto com a intervenção

Pela análise do Quadro CXVII, verifica-se terem sido recebidos 424 questionários (54,4% dos entregues); em 44,1% destes havia menção a pelo menos uma forma de contacto com os meios de intervenção/formação.

Quadro CXVII: Caracterização dos questionários recebidos quanto a ter tido contacto com uma forma de intervenção.

Intervenção	n	%
Sim	187	44,1
Não	237	55,9
Total	424	100,0

4.1 b) Tipo de intervenção respondido

As respostas obtidas quanto ao tipo de intervenção em jornais, na rádio ou televisão ou em ambiente institucional por cartazes e folhetos encontram-se no Quadro CXVIII.

Podemos verificar a importância dos folhetos que foram distribuídos como principal forma de acesso a informação, seguindo-se o ver cartazes”, o “Ouvir entrevistas” e o “ler textos em jornais”.

Quadro CXVIII: Tipos de intervenção respondidos.

Tipo de intervenção	Resposta	n	%
Ler textos em jornais (n=424)	Sim	60	14,2
	Não	306	72,2
	Não lembrar	58	13,7
Ouvir entrevistas radiofónica (n=424)	Não	304	71,7
	Sim	63	14,9
	Não lembrar	57	13,4
Ver cartazes em sítios públicos (n=424)	Não lembrar	120	28,3
	Sim	83	19,6
	Não	221	52,1
Ter recebido folhetos (n=424)	Sim	153	36,1
	Não lembrar	44	10,4
	Não	227	53,5

4.1 c) Resposta ao anterior questionário

No Quadro CXIX, são mostrados os resultados quanto à resposta ao questionário anterior, ou seja, a caracterização da amostra que respondeu a ambos os questionários.

Quadro CXIX: Resposta ao anterior questionário.

Resposta ao questionário anterior	n	%
Não	306	74,5
Sim	105	25,5
Total	411	100,0

4.1 d) A exposição à intervenção e a resposta ao questionário da primeira fase.

Segundo o quadro abaixo, pode verificar-se que 49,5% dos respondentes na primeira fase do trabalho sofreram intervenção formativa, o mesmo tendo acontecido para 43,1% dos que não responderam.

Quadro CXX: Ter sofrido intervenção em função da resposta ao questionário da primeira fase do estudo.

Resposta Anterior/Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total n (%)
Não	132 (43,1)	174 (56,9)	306
Sim	52 (49,5)	53 (50,5)	105
Total	184	227	411

(*) p=0,258

4.2 – A amostra e sua comparação com a amostra da primeira fase do estudo (fase pré-intervenção).

No Quadro CXXI são fornecidas as características da amostra e no Quadro CXXII são mostrados os resultados de comparação da idade média de ambas as amostras, e finalmente no Gráfico 2 mostra-se o histograma de barras com a curva de normalidade da amostra do segundo tempo. Sem qualquer diferença com significado estatístico na idade média entre ambas as amostras, podemos verificar, tal como no primeiro tempo, que esta é uma amostra platicúrtica e ligeiramente desviada à esquerda.

Quadro CXXI: A idade e características descritivas da amostra do segundo tempo do estudo

Característica	Valor
Média	46,03
Mediana	44,00
Moda	39
Desvio padrão	15,629
Assimetria	0,280
Achatamento	-0,824
Mínimo	16
Máximo	83
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,486
P de duas caudas	0,024

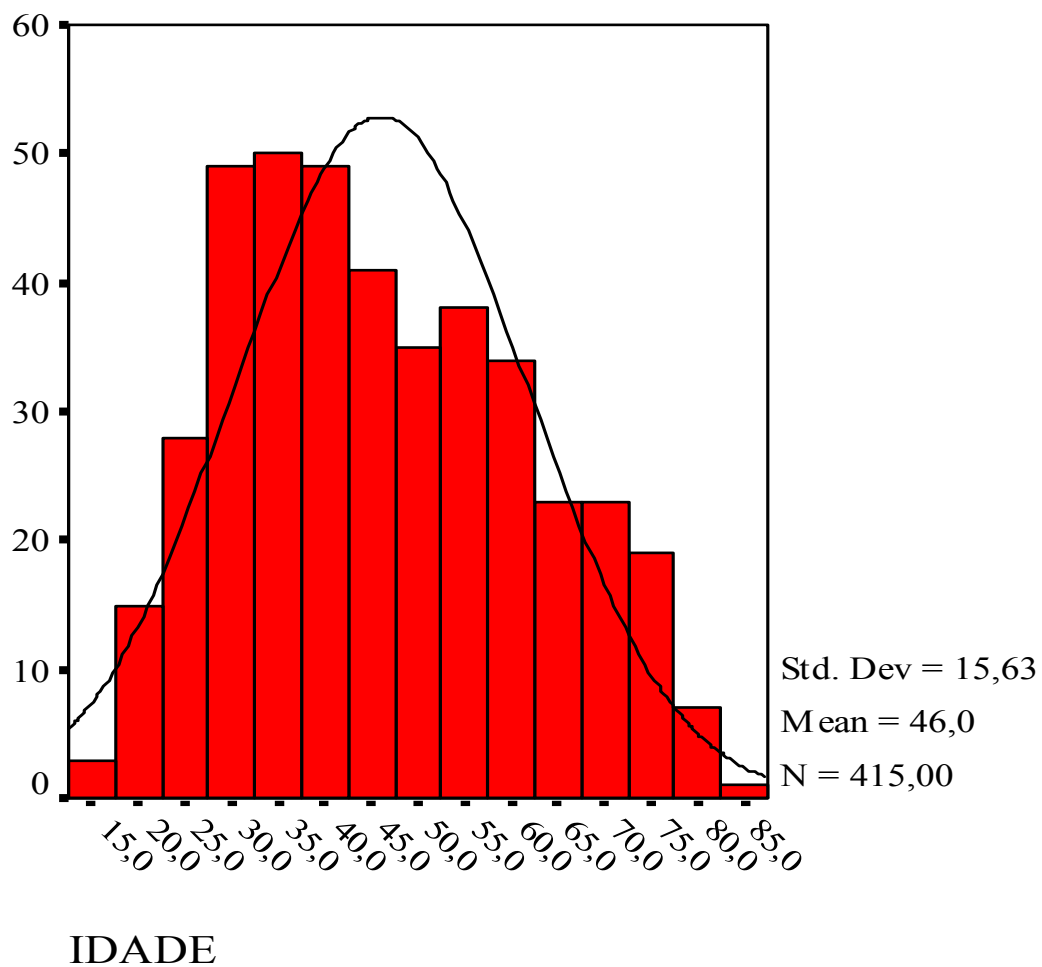
Quadro CXXII: Comparação na idade média \pm desvio padrão entre as duas amostras, antes e depois da intervenção.

Amostra	n	Idade média	Desvio-padrão
Primeira fase (*)	269	48,5	$\pm 17,9$
Segunda fase (*)	415	46,0	$\pm 15,6$

(*) $p=0,057$

O histograma do Gráfico 2, com a curva de normalidade, faz-nos entender que a amostra, em termos genéricos, é considerada “normal”.

Gráfico 2: Histograma de barras com curva de normalidade para a amostra do segundo tempo do estudo.



A distribuição da população segundo os grupos etários considerados, o tipo de família, o género, o grupo de formação académica, o sofrer de doença crónica, o grupo de actividade profissional, o tipo de freguesia de residência e a toma contínua de medicamentos são mostrados nos quadros seguintes, nos quais referimos o significado estatístico “p”, na comparação estatística com a mesma variável no primeiro tempo do estudo.

4.2 a) Grupos etários considerados e sua comparação estatística com a primeira amostra.

Apesar de uma menor frequência do grupo etário mais elevado na amostra do segundo tempo, não há diferenças com significado por grupo etário na comparação entre ambas as amostras.

Quadro CXXIII: Grupos etários considerados e sua comparação estatística nas amostras, em função da intervenção.

Grupo etário	Antes n (%) (*)	Depois n (%) (*)
16-35 anos	85 (30,3)	126 (31,6)
36-50 anos	60 (31,3)	130 (22,3)
51-65 anos	68 (24,6)	102 (25,3)
>66 anos	56 (13,8)	57 (21,0)
Total	415	415

(*) p=0,148

4.2 b) Tipo de família

Nos Quadros CXXIV e CXXV mostramos os resultados da constituição de amostra no segundo tempo e na comparação entre ambos os tempos para a variável tipo de família, sendo de referir o facto de não haver diferença na constituição entre os dois tempos.

Quadro CXXIV: Tipo de família na amostra da segunda fase do estudo.

Tipo de família	n	%
Só	33	7,9
Acompanhado	383	92,1
Total	416	100,0

Nota: 19 *missings*.

Quadro CXXV: Comparação das duas amostras quanto a tipo de família.

Tipo de família	Antes (*) n (%)	Depois (*) n (%)
Só	25 (9,3)	33 (7,9)
Acompanhado	244 (90,7)	383 (92,1)
Total	269 (100)	416 (100)

(*) p=0,575

4.2 c) O género na amostra

Nos Quadros CXXVI e CXXVII, mostramos a amostra da segunda fase do estudo e a comparação entre ambos os tempos para a variável género, não havendo diferenças.

Quadro CXXVI: Amostra da segunda fase do estudo.

Género	n	%
Masculino	147	35,3
Feminino	269	64,7
Total	416	100,0

Nota: 19 *missings*.

Quadro CXXVII: Comparação das duas amostras quanto ao género.

Sexo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)
Masculino	81 (30,2)	147 (35,3)
Feminino	187 (69,8)	269 (64,7)
Total	268 (100)	416 (100)

(*) p=0,575

4.2 d) Formação académica da amostra

Nos Quadros CXXVIII e CXXIX mostramos os resultados da constituição de amostra no segundo tempo e na comparação entre ambos os tempos para a variável formação académica, sendo de referir não haver diferença na constituição entre os dois tempos.

Segundo os grupos considerados e na comparação entre as duas fases do estudo é no Quadro CXXVIII, mostrada a caracterização de ambas amostras.

Quadro CXXVIII: Tipo de formação académica na amostra da segunda fase do estudo.

Formação académica	n	%
Básica	202	47,8
Média / Superior	221	52,2
Total	423	100,0

Nota: 12 *missings*.

Quadro CXXIX: Comparação das duas amostras quanto aos grupos de formação académica.

Formação académica	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)
	n (%)	n (%)
Básica	142 (52,2)	202 (47,8)
Média / Superior	130 (47,8)	221 (52,3)
Total	272 (100)	423 (100)

(*) $p=0,277$

4.2 e) Caracterização da amostra da segunda fase do estudo e sua comparação com a amostra do primeiro tempo em função de considerar sofrer de doença crónica.

Nos Quadros CXXX e CXXXI mostramos os resultados da constituição de amostra no segundo tempo e na comparação entre ambos os tempos para a variável sofrer de doença crónica, sendo de referir não haver diferença na constituição entre os dois tempos.

Quadro CXXX: Sofrer de doença crónica na amostra da segunda fase do estudo.

Sofrer de doença crónica	n	%
Sim	132	33,5
Não	262	66,5
Total	394	100,0

Nota: 41 *missings*.

Quadro CXXXI: Comparação das duas amostras quanto a considerar sofrer de doença crónica.

Sofrer de doença crónica	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)
	n (%)	n (%)
Sim	82 (31,1)	132 (33,5)
Não	182 (68,9)	262 (66,5)
Total	264 (100)	394 (100)

(*) p=0,553

4.2 f) Caracterização da amostra da segunda fase do estudo e sua comparação com a amostra do primeiro tempo em função do grupo de actividade considerado.

Nos Quadros CXXXII e CXXXIII mostramos os resultados da constituição de amostra no segundo tempo, e a comparação entre ambos os tempos para a variável grupo de actividade, sendo de destacar o não haver diferença na constituição entre os dois tempos.

Quadro CXXXII: Tipo de grupo de actividade na amostra da segunda fase do estudo.

Grupo de actividade	n	%
Activo	276	65,9
Não activo	143	34,1
Total	419	100,0

Nota: 16 *missings*.

Quadro CXXXIII: Comparação das duas amostras quanto aos grupos de actividade considerados.

Grupo de actividade	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)
	n (%)	n (%)
Activo	162 (60,0)	276 (65,9)
Não activo	108 (40,0)	143 (34,1)
Total	270 (100)	419 (100)

(*) p=0,124

4.2 g) Caracterização da amostra da segunda fase do estudo e sua comparação com a amostra do primeiro tempo em função do tipo de freguesia de residência.

Nos Quadros CXXXIV e CXXXV mostramos os resultados da constituição de amostra no segundo tempo e na comparação entre ambos os tempos, para a variável freguesia de residência, sendo de referir haver diferença na constituição entre os dois tempos, pois a amostra do segundo tempo tem maior representatividade de freguesia predominantemente urbana e menor de predominaatadamente rural que a do primeiro tempo.

Quadro CXXXIV: Tipo de freguesia de residência na amostra da segunda fase do estudo.

Tipo de freguesia de residência	n	%
Predominantemente urbana	321	73,8
Mediamente urbana	78	17,9
Predominantemente rural	36	8,3
Total	435	100,0

Nota: 9 missings.

Quadro CXXXV: Comparação das duas amostras quanto ao tipo de freguesia de residência.

Tipo de freguesia de residência	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)
Predominantemente urbana	178 (65,4%)	321 (73,8%)
Mediamente urbana	57 (20,9%)	78(17,9%)
Predominantemente rural	37 (13,6%)	36 (8,3%)
Total	272 (100)	435 (100)

(*) p=0,011

4.2 h) A frequência de resposta por tempo de amostra (n de respostas / n de questionários distribuídos em função do local de trabalho do médico) em ambas as amostras, é mostrada no Quadro CXXXVI. A distribuição pela amostra dos dois tempos de estudo não tem diferença com significado.

Quadro CXXXVI: Frequência das respostas por local de trabalho do médico.

Tipo de freguesia de residência	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)
Predominantemente urbana	178(66,2%)	321 (73,8%)
Mediamente urbana	57 (21,0%)	78(17,9%)
Predominantemente rural	37 (13,6%)	36 (8,3%)
Total	272	435

(*) p=0,371

4.2 i) Caracterização da amostra da segunda fase do estudo e sua comparação com a amostra do primeiro tempo em função da toma continuada de medicamentos.

Nos Quadros CXXXVII e CXXXVIII mostramos os resultados da constituição da amostra no segundo tempo e na comparação entre ambos os tempos para a variável toma continuada de medicamentos, sendo de referir haver diferença na constituição entre os dois tempos, por se verificar maior frequência de consumidores de medicamentos de forma continuada, na amostra do segundo tempo.

Quadro CXXXVII: Toma continuada de medicamentos na amostra da segunda fase do estudo.

Toma continuada de medicamentos	n	%
Sim	248	60,5
Não	162	39,5
Total	410	100,0

Nota: 25 *missings*.

Quadro CXXXVIII: Comparação das duas amostras em função da toma continuada de medicamentos.

Toma continuada de medicamentos	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)
Sim	140 (52,0%)	248 (60,5%)
Não	129 (48,0%)	162 (39,5%)
Total	269 (100)	410 (100)

(*) p=0,032

4.3 – Caracterização da amostra do segundo tempo do estudo.

Segundo o Quadro CXXXIX, verificamos que 38,5% dos que afirmam ter tido contacto com um dos meios de intervenção utilizados modificaram o seu conhecimento sobre medicamentos, e que 77,4% dos que melhoraram os conhecimentos estiveram expostos a intervenção. Estes resultados têm significado estatístico. O Quadro CXXXIX mostra igualmente que 8,9% dos que afirmam não ter tido tal formação/informação modificaram também o seu conhecimento. Este último conjunto de 21 elementos é constituído em 70% por não respondentes ao questionário da primeira fase, em 60% por não tomadores de medicamentos de forma contínua, em 67% por moradores em freguesia predominantemente urbana, em 66,7% por não activos, em 26,3% por sofreadores de doença crónica, em 61,9% por indivíduos com formação média/superior, em 57,1% por mulheres e em 80% dos casos em situação de viver acompanhado. Pertencem aos dois grupos etários mais novos 61,9% dos indivíduos.

Quadro CXXXIX: Modificação de conhecimentos em função de ter sofrido intervenção formativa.

Modificação / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	98 (52,4)	122 (51,7)	220
Sim	72 (38,5)	21 (8,9)	93
Não lembrar	17 (9,1)	93 (39,4)	110
Total	187 (100)	236 (100)	423

p=0,003

Nos quadros seguintes é fornecida toda a informação recolhida em função de ter havido contacto com pelo menos um dos elementos de informação/formação desenvolvidos, ou de não ter havido contacto com tal intervenção, em função das variáveis utilizadas.

4.3 a) A idade

Sem significado, a idade média do grupo que afirma ter tido contacto com a intervenção é mais baixa, segundo o Quadro CXL.

Quadro CXL: A idade média \pm desvio padrão em função de ter havido ou não intervenção.

Intervenção	n	Idade média	\pmDesvio-padrão
Sim	182	44,8	$\pm 14,9$
Não	233	47,0	$\pm 16,1$

p=0,171

4.3 b) Tipo de família

Pelo Quadro CXLI podemos perceber que não há qualquer tipo de diferença no ambiente familiar dos que tiveram, ou não, exposição à intervenção.

Quadro CXLI: Tipo de família em função de ter havido ou não intervenção.

Família/Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Só	15 (8,2)	18 (7,8)	33
Acompanhado	169 (91,8)	214 (92,2)	383
Total	184 (100)	232 (100)	416

(*) p=1,000

4.3 c) Género

Apesar de sem significado, é o sexo feminino que mais está representado na amostra que esteve exposta à intervenção. O homem aparece mais na amostra sem intervenção. Por sexos, verificamos que o sexo feminino declara mais ter tido contacto com a

intervenção, pois 46,1% da amostra feminina teve contacto, contra 40,8% do sexo masculino.

Quadro CXLII: Género em função de ter havido ou não intervenção.

Género/Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Masculino	60 (32,6)	87 (37,5)	147
Feminino	124 (67,4)	145 (62,5)	269
Total	184 (100)	232 (100)	416

(*) p=0,304

4.3 d) Grupo de formação académica

Pelo Quadro CXLIII podemos perceber que, com significado estatístico, no grupo de maior formação académica, 53,0% da amostra responde ter estado exposta à intervenção, o mesmo acontecendo para 34,7% do grupo de menor formação académica, enquanto que, do grupo exposto à intervenção, 37,4% pertence ao grupo de menor formação académica.

Quadro CXLIII: Grupo de formação académica em função de ter havido ou não intervenção.

Formação académica / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Básica	70 (37,4)	132 (55,9)	202
Média / Superior	117 (62,6)	104 (44,1)	221
Total	187 (100)	236 (100)	423

p<0,001

4.3 e) Considerar sofrer de doença crónica

Pelo Quadro CXLIV podemos perceber que, no grupo que considera sofrer de doença crónica, é de 42,4% a frequência daqueles que referem ter contactado com a formação/informação realizada. Há maior representação da não exposição à intervenção naqueles que declaram sofrer de doença crónica. É de 42,4% a frequência dos que, tendo acedido à intervenção, sofre de doença crónica.

Quadro CXLIV: Sofrer de doença crónica em função de ter havido ou não intervenção.

Doença crónica / intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	56 (31,8)	76 (34,9)	132
Não	120 (68,2)	142 (65,1)	262
Total	176 (100)	218 (100)	394

(*) p=0,592

4.3 f) Grupo de actividade profissional

No Quadro CXLV podemos observar que, sem significado, há maior exposição à intervenção nos activos, e menor nos não-activos profissionalmente. No grupo dos activos 47,4% teve contacto com a intervenção, o mesmo acontecendo para 37,8% dos não activos.

Quadro CXLV: Grupo de actividade profissional em função de ter havido ou não intervenção.

Grupo actividade / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Activo	131 (70,8)	145 (62,0)	276
Não activo	54 (29,1)	89 (38,0)	143
Total	185 (100)	234 (100)	419

(*) p=0,062

4.3 g) Toma continuada de medicamentos

No Quadro CXLVI podemos notar que 59,1% dos que estiveram expostos à intervenção tomaram medicamentos, 43,1% dos que afirmam tomar continuamente medicamentos estiveram expostos à intervenção, sendo de 46,0% a frequência dos que, não os tomando continuamente, também estiveram expostos.

Quadro CXLVI: Grupo de toma contínua de medicamentos em função de ter havido ou não intervenção.

Toma contínua de medicamentos / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	107 (59,1)	141 (61,6)	248
Não	74 (40,9)	88 (38,4)	162
Total	181 (100)	229 (100)	410

(*) p=0,684

4.3 h) Grupos etários considerados

Sem significado, podemos perceber pelo Quadro CXLVII que são os mais novos aqueles que mais afirmam ter tido contacto com a intervenção.

Quadro CXLVII: Grupos etários considerados em função de ter havido ou não intervenção.

Grupo etário / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
16-35	60 (32,4)	66 (28,2)	126
36-50	60 (32,4)	70 (29,9)	130
51-65	42 (22,7)	60 (25,6)	102
>66	20 (10,8)	37 (15,8)	57
Total	182 (100)	233 (100)	415

(*) p=0,103

4.3 i) Tipo de freguesia de residência

Os resultados do Quadro CXLVIII mostram que, sem significado, foi em meio predominantemente rural que a informação/formação foi mais visualizada.

Quadro CXLVIII: Freguesia de residência em função de ter havido ou não intervenção.

Freguesia de residência / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Predominantemente urbana	143 (76,5)	173 (73,0)	316
Mediamente urbana	24 (12,8)	48 (20,3)	72
Predominantemente rural	20 (10,7)	16 (6,8)	36
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,614

4.4 – Caracterização de diferenças entre as variáveis epidemiológicas, em função de ter ou não respondido ao questionário anterior.

Nos quadros abaixo, é fornecida toda a informação recolhida em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

4.4 a) Tipo de família

O Quadro CXLIX mostra não haver diferenças no tipo de família entre os que responderam ou não ao questionário nas duas fases do estudo.

Quadro CXLIX: Tipo de família em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Tipo de família / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Só	26 (8,6)	7 (6,9)	33
Acompanhado	278 (91,4)	95 (93,1)	373
Total	304 (100)	102 (100)	406

(*) p=0,680

4.4 b) Género

O Quadro CL mostra não haver diferença com significado na composição por género entre ambas as amostras, nos dois tempos de aplicação do questionário.

Quadro CL: Género em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Género / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Masculino	103 (34,2)	37 (35,9)	140
Feminino	198 (65,8)	66 (64,1)	264
Total	301 (100)	103 (100)	404

(*) p=0,811

4.4 c) Formação académica

Não há diferença na constituição dos grupos de formação académica considerada, entre os dois tempos de aplicação do questionário, segundo o Quadro CLI.

Quadro CLI: Grupo de formação académica em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Grupo formação académica / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Básica	144 (47,1)	48 (45,7)	192
Média / Superior	162 (52,9)	57 (54,3)	219
Total	306 (100)	105 (100)	411

(*) p=0,822

4.4 d) Doença crónica

Também no caso de sofrer ou não de doença crónica não se verifica diferença nos dois tempos de aplicação do questionário, conforme o Quadro CLII, que também permite verificar ser de 71,3% a frequência dos que, sofrendo de doença crónica, responderam a ambos os questionários.

Quadro CLII: Sofrer de doença crónica em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Doença crónica / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	92 (32,3)	37 (37,0)	129
Não	193 (67,7)	63 (63,0)	256
Total	285 (100)	100 (100)	385

(*) p=0,322

4.4 e) Grupo de actividade profissional

Pelo Quadro CLIII, podemos verificar não haver diferença na constituição das amostras que responderam ao questionário em ambos os tempos, em função do grupo de actividade profissional. Foram os não-activos que, por frequência, mais responderam a ambos os questionários (76,3% vs. 73,1%).

Quadro CLIII: Grupo de actividade profissional em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Grupo de actividade profissional / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Activo	196 (64,9)	72 (68,6)	268
Não activo	106 (35,1)	33 (31,4)	139
Total	302 (100)	105 (100)	407

(*) p=0,551

4.4 f) Toma continuada de medicamentos

O Quadro CLIV mostra não haver diferença na constituição nas amostras dos dois tempos em função de tomar medicamentos continuamente.

Quadro CLIV: Grupo de toma contínua de medicamentos em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Toma de medicamentos / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	174 (57,8)	69 (68,3)	243
Não	127 (42,2)	32 (31,7)	159
Total	301 (100)	101 (100)	402

(*) p=0,077

4.4 g) Grupos etários

Para n=102 respondentes em ambas as fases do questionário, e n=301 que o não fizeram, encontramos uma idade média de $45,0 \pm 15,6$ e $47,9 \pm 15,5$ anos, respectivamente com p=0,106.

Em função dos grupos etários considerados houve mais jovens a responder em ambas as fases do trabalho, apesar de sem diferença com significado, segundo o Quadro CLV.

Quadro CLV: Grupos etários considerados em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Grupo etário / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
16-35	100 (33,2)	26 (25,5)	126
36-50	96 (31,9)	30 (29,4)	126
51-65	68 (22,6)	30 (29,4)	98
>66	37 (12,3)	16 (15,7)	53
Total	301 (100)	102 (100)	403

(*) p=0,064

4.4 h) Freguesia de residência

A composição das amostras que responderam a ambos os questionários por freguesia de residência é semelhante. No entanto, a análise por tipo de freguesia mostra que a

resposta a ambos os questionários é mais frequente em freguesia medianamente urbana (80,0%), predominantemente rural (77,1%) e predominantemente urbana (72,9%).

Quadro CLVI: Freguesia de residência em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.

Freguesia de residência / Resposta a ambos os questionários	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Predominantemente urbana	223 (72,9)	83 (79,0)	306
Mediamente urbana	56 (18,3)	14 (13,3)	70
Predominantemente rural	27 (8,8)	8 (7,6)	35
Total	306 (100)	105 (100)	411

(*) p=0,232

4.5 – Os resultados das afirmações estudadas nos dois tempos e seus significados estatísticos

Nos quadros seguintes fornecem-se os resultados comparativos entre as respostas em ambos os tempos e para o total das amostras em cada tempo de estudo.

4.5 a) Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”

O Quadro CLVII permite verificar uma melhoria percentual da resposta, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, passando a resposta «sim» de 40,8% para 36,8%, apesar de a «não» não ter uma evolução contrária.

Quadro CLVII: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, antes e após a intervenção.

Medicamento é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Fase do estudo			
Sim	111 (40,8)	160 (36,8)	271
Não	113 (51,5)	201 (46,2)	314
Não sei	48 (17,6)	74 (17,0)	122
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,475

4.5 b) Um medicamento “actua em todo o corpo”.

Pelo Quadro CLVIII verificamos, também sem significado, uma melhoria percentual da resposta entre ambos os tempos, pois a resposta «sim» passa de 37,5% para 40,0%.

Quadro CLVIII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, antes e após a intervenção.

Um medicamento actua em todo o corpo /	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)	Total
Fase do estudo	n (%)	n (%)	
Não	113 (41,5)	171 (39,3)	284
Sim	102 (37,5)	174 (40,0)	276
Não sei	57 (21,0)	90 (20,7)	147
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,699

4.5 c) Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”.

Segundo o Quadro CLIX, há melhoria percentual da resposta apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, com a resposta «sim» a passar de 44,1% para 37,9%) e a resposta «não» de 36,8% para 41,6%.

Quadro CLIX: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, antes e após a intervenção.

Um medicamento apenas corrige o que	Primeira fase (*)	Segunda fase (*)	Total
está errado no corpo / Fase do estudo	n (%)	n (%)	
Não	100 (36,8)	181 (41,6)	281
Sim	120 (44,1)	165 (37,9)	285
Não sei	52 (19,1)	89(20,5)	141
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,460

4.5 d) Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”.

O Quadro CLX mostra ter havido uma melhoria percentual da resposta, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, sendo de realçar a redução da resposta «sim» e o aumento da resposta «não».

Quadro CLX: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, antes e após a intervenção.

Um medicamento actua apenas em algumas partes do corpo / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Não	70 (25,7)	121 (27,8)	191
Sim	151 (55,5)	199 (45,7)	350
Não sei	51 (18,8)	115 (26,4)	166
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,328

4.5 e) Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”.

No Quadro CLXI verificamos uma melhoria percentual da resposta, mesmo não havendo significado estatístico entre ambos os tempos, pela redução da resposta «não», apesar de a resposta «sim» ter também sido reduzida em frequência relativa.

Quadro CLXI: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, antes e após a intervenção.

Pode apenas pôr-me mais bem disposto / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Não	130 (47,8)	197 (45,3)	327
Sim	104 (38,2)	153 (35,1)	257
Não sei	38 (13,9)	85 (19,5)	123
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,218

4.5 f) “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”

No Quadro CLXII notamos uma melhoria percentual da resposta da primeira para a segunda fase, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, pela melhoria da resposta «sim» que aumentou em frequência, apesar de ter também havido aumento das respostas «não» e redução das «não sei».

Quadro CLXII: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, antes e após a intervenção.

Um medicamento depois de tomado é integrado no corpo / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Não	13 (4,8)	31 (7,1)	44
Sim	200 (73,5)	322 (74,0)	522
Não sei	59 (21,7)	82 (18,9)	141
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,185

4.5 g) “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.”

O Quadro CLXIII permite verificar a melhoria percentual da resposta apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, com aumento da frequência da resposta «sim» e redução da resposta «não».

Quadro CLXIII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, antes e após a intervenção.

Um medicamento depois de integrado no corpo é tratado para ser eliminado / fase de estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Não	71 (26,1)	99 (22,8)	170
Sim	97 (35,7)	166 (38,2)	263
Não sei	104 (38,2)	170 (39,0)	274
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,520

4.5 h) “Sei como um medicamento actua no organismo.”

Pelo Quadro CLXIV podemos observar uma melhoria percentual da resposta do primeiro para o segundo tempo, com significado estatístico, passando a resposta «sim» de 16,2% de frequência para 33,3%, e a «não» de 65,4% para 29,2%.

Quadro CLXIV: “Sei como um medicamento actua no organismo”, antes e após a intervenção.

Sei como um medicamento actua no organismo / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Não	178 (65,4)	127 (29,2)	305
Sim	44 (16,2)	145 (33,3)	189
Não sei	50 (18,4)	163 (37,5)	213
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p<0,001

4.5 i) “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.”

Existe melhoria percentual da resposta, com significado estatístico, entre ambos os tempos, segundo o Quadro CLXV, passando a resposta «sim» de 77,6% para 83,9% e a «não» de 17,3% para 13,3%.

Quadro CLXV: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, antes e após a intervenção.

Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Sim	211 (77,6)	365 (83,9)	576
Não	47 (17,3)	58 (13,3)	105
Não sei	14 (5,1)	12 (2,8)	26
Total	272 (100)	435	707

(*) p=0,030

4.5 j) “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.”

Pelo Quadro CLXVI verificamos uma melhoria percentual da resposta, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, com redução da escolha (de 11,8% para 11,5%) e aumento da não escolha (de 82,4 para 84,0%), significando melhor resultado do contacto com o médico.

Quadro CLXVI: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, antes e após a intervenção.

Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros / fase de estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Sim	32 (11,8)	50 (11,5)	82
Não	224 (82,4)	365 (84,0)	589
Não sei	16 (5,9)	20 (4,5)	36
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,761

4.5 l) “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.”

Pelo Quadro CLXVII verificamos a melhoria percentual da resposta, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, mesmo que a resposta «sim» tenha tido aumento percentual, embora menor que o da resposta «não».

Quadro CLXVII: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, antes e após a intervenção.

Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Sim	131 (48,2)	176 (49,5)	307
Não	129 (47,4)	240 (40,5)	369
Não sei	12 (4,4)	19 (4,4)	31
Total	272 (100)	435 (100)	707

(*) p=0,062

4.5 m) “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos.”

Verificamos, segundo o Quadro CLXVIII, a melhoria percentual da resposta apesar de não haver significado estatístico entre ambos os tempos, passando a haver menos opiniões concordantes com a excessiva prescrição de medicamentos e mais discordantes.

Quadro CLXVIII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos” na amostra, antes e após a intervenção.

Os médicos receitam demasiados medicamentos / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	22 (8,4)	33 (7,7)	55
Concordo	63 (23,9)	82 (19,0)	145
Sem opinião	79 (30,0)	131 (30,4)	210
Discordo	84 (31,9)	150 (34,8)	234
Discordo totalmente	15 (5,7)	35 (8,1)	50
Total	263 (100)	431 (100)	694

(*) p=0,086

4.5 n) “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.”

Os resultados do Quadro CLXIX permitem perceber uma transformação de resposta com acentuada melhoria da resposta, passando a melhor resposta (discordo e discordo totalmente) de 34,4% para 41,5% da primeira para a segunda aplicação, e com significado estatístico entre ambos os tempos.

Quadro CLXIX: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” na amostra, antes e após a intervenção.

Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	28 (10,6)	28 (6,5)	56
Concordo	66 (25,0)	102 (23,5)	168
Sem opinião	80 (30,2)	124 (28,6)	204
Discordo	67 (25,3)	120 (27,7)	187
Discordo totalmente	24 (9,1)	60 (13,8)	84
Total	265 (100)	434	699

(*) p=0,021

4.5 o) “A maior parte dos medicamentos cria habituação.”

O Quadro CLXX mostra que, sem significado, existe do primeiro para o segundo tempo uma melhoria na discordância da criação de habituação pelos medicamentos (de 16,7% para 19,3%), apesar de a concordância ter variado de 63,3% para 63,7%.

Quadro CLXX: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, antes e após a intervenção.

A maior parte dos medicamentos cria habituação / fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	43 (16,3)	77 (17,9)	120
Concordo	124 (47,0)	197 (45,8)	321
Sem opinião	53 (20,1)	73 (17,0)	126
Discordo	34 (12,9)	70 (16,3)	104
Discordo totalmente	10 (3,8)	13 (3,0)	23
Total	264 (100)	430 (100)	694

(*) p=0,889

4.6 – Resultados em função de ter havido, ou não, intervenção na amostra da segunda fase do estudo

Na caracterização destas amostras particulares, analisando a distribuição pelas variáveis consideradas, verificamos apenas diferença com significado estatístico na distribuição por grupo de formação académica pela intervenção, sendo que quem tem maior formação académica está mais representado no grupo que sofreu informação (n= 117; 62,6%), e que quem tem menor formação académica se integra no grupo sem intervenção (n=132; 55,9%), com $p=0,000$.

Nos quadros abaixo mostramos os resultados obtidos ao comparar os resultados no segundo tempo do trabalho em função da intervenção.

4.6 a) Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”

Segundo o Quadro CLXXI, há melhor resposta percentual no grupo com intervenção quanto à resposta «não», apesar de a resposta «sim» ter evoluído em pior sentido, não havendo significado estatístico entre as respostas de ambos os grupos.

Quadro CLXXI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Medicamento é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda! / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	73 (39,0)	82 (34,6)	155
Não	91 (48,7)	106 (44,7)	197
Não sei	23 (12,3)	49 (20,7)	72
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) $p=0,084$

4.6 b) Um medicamento “actua em todo o corpo”.

No Quadro CLXXII, podemos verificar haver melhor resposta percentual no grupo com intervenção, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os grupos.

Quadro CLXXII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Um medicamento actua em todo o corpo / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	70 (37,4)	96 (40,5)	166
Sim	90 (48,1)	81 (34,2)	171
Não sei	27 (14,4)	60 (25,3)	87
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,427

4.6 c) Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”.

No Quadro CLXXIII verificamos melhor resposta percentual no grupo com intervenção, com significado estatístico entre ambos os grupos.

Quadro CLXXIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo” em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Um medicamento apenas corrige o que está errado no corpo / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	94 (50,3)	85 (35,9)	179
Sim	66 (35,3)	93 (29,2)	159
Não sei	27 (14,4)	59 (24,9)	86
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,001

4.6 d) Um medicamento actua “apenas em algumas partes do corpo”.

Verificamos uma melhoria na resposta percentual no grupo com intervenção, com significado estatístico entre ambos os grupos, segundo o Quadro CLXXIV.

Quadro CLXXIV: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Um medicamento apenas actua em algumas partes do corpo / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	70 (37,4)	49 (20,7)	119
Sim	81 (43,3)	112 (47,3)	193
Não sei	36 (19,3)	76 (32,1)	112
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) $p < 0,001$

4.6 e) Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”.

O Quadro CLXXV mostra pior resposta e com significado estatístico no grupo com intervenção. Estes resultados merecem, no futuro, estudo mais aprofundado.

Quadro CLXXV: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto” em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	99 (52,9)	97 (40,9)	196
Sim	61 (32,6)	84 (35,4)	145
Não sei	27 (14,4)	56 (23,6)	83
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) $p = 0,005$

4.6 f) “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”

Segundo o Quadro CLXXVI, há melhor resposta percentual no grupo com intervenção, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os grupos.

Quadro CLXXVI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Um medicamento depois de tomado o medicamento é integrado no corpo / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	14 (7,5)	15 (6,3)	29
Sim	143 (76,5)	172 (72,6)	315
Não sei	30 (16,0)	50 (21,1)	80
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,191

4.6 g) “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.”

O Quadro CLXXVII mostra haver melhor resposta percentual no grupo com intervenção, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os grupos.

Quadro CLXXVII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Não	37 (19,8)	60 (25,3)	97
Sim	89 (47,6)	74 (31,2)	163
Não sei	61 (32,6)	103 (43,5)	164
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,347

4.6 h) “Sei como um medicamento actua no organismo.”

Pelo Quadro CLXXVIII, verificamos haver pior resposta percentual afirmativa, no grupo com intervenção, apesar de sem significado estatístico entre ambos os grupos.

Quadro CLXXVIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Sei como um medicamento actua no organismo / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	46 (24,6)	76 (32,1)	122
Não	75 (40,1)	68 (28,7)	143
Não sei	66 (25,3)	93 (39,2)	159
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,727

4.6 i) “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.”

Há pior resposta percentual no grupo com intervenção, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os grupos, segundo o Quadro CLXXIX. Este tom de resposta parece indiciar um pior resultado do contacto com o médico que efectuou a prescrição, no grupo que foi exposto à intervenção reflectindo eventuais valores relativos à afirmação do corpo pela formação académica da amostra.

Quadro CLXXIX: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	151 (80,1)	204 (86,1)	355
Não	32 (17,1)	25 (10,5)	57
Não sei	4 (2,1)	8 (3,4)	12
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,170

4.6 j) “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.”

Segundo o Quadro CLXXX, há pior resposta percentual no grupo com intervenção, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os grupos, significando uma má interacção com o prescritor, revelada na mais elevada percentagem de escolha dos medicamentos a comprar por causa do seu preço.

Quadro CLXXX: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	23 (12,3)	25 (10,5)	48
Não	157 (84,0)	200 (84,4)	357
Não sei	7 (3,7)	12 (5,0)	19
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,427

4.6 l) “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.”

Segundo o Quadro CLXXXI, sem significado, a compra de medicamentos é influenciada pelos problemas de saúde que mais afligem o comprador, com piores resultados no grupo com intervenção.

Quadro CLXXXI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Sim	77 (41,2)	94 (39,7)	171
Não	103 (55,1)	133 (56,1)	236
Não sei	7 (3,7)	10 (4,2)	17
Total	187 (100)	237 (100)	424

(*) p=0,725

4.6 m) “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos.”

Há melhor resposta percentual no grupo com intervenção, apesar de não haver significado estatístico entre ambos os grupos, ao ser registada uma frequência relativa de 44,3% de discordância em intervenção, contra 43,1% em não intervenção, segundo o Quadro CLXXXII, com maior concordância no grupo com intervenção. Há, no entanto, maior concordância no grupo com intervenção.

Quadro CLXXXII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos” na amostra, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Os médicos receitam demasiados medicamentos / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	15 (8,0)	17 (7,3)	32
Concordo	45 (24,0)	34 (14,6)	79
Sem opinião	44 (23,6)	82 (35,2)	126
Discordo	70 (37,4)	79 (34,0)	149
Discordo totalmente	13 (6,9)	21 (9,1)	34
Total	187 (100)	233 (100)	420

(*) p=0,348

4.6 n) “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.”

Pela análise do Quadro CLXXXIII, verificamos haver maior discordância no grupo com intervenção 45,4% contra 29,4% e menor concordância no grupo intervenção 28,9% contra 29,6%, sem diferença com significado.

Quadro CLXXXIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	9 (4,8)	18 (7,6)	27
Concordo	45 (24,1)	52 (22,0)	97
Sem opinião	48 (25,7)	73 (30,9)	121
Discordo	55 (29,4)	65 (27,5)	120
Discordo totalmente	30 (16,0)	28 (1,9)	58
Total	187 (100)	236 (100)	423

(*) p=0,241

4.6 o) “A maior parte dos medicamentos cria habituação.”

Segundo o Quadro CLXXXIV, há piores resultados no grupo com intervenção, com uma concordância de 64,4%, bem como no grupo sem intervenção (63,3%) e ao discordarem, pela mesma ordem de grupo, 20,0% contra 19,3%, mesmo que sem significado estatístico.

Quadro CLXXXIV: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.

A maior parte dos medicamentos cria habituação / Intervenção	Sim (*) n (%)	Não (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	36 (19,5)	36 (15,4)	72
Concordo	83 (44,9)	112 (47,9)	195
Sem opinião	29 (15,7)	41 (17,5)	70
Discordo	33 (17,9)	36 (15,4)	69
Discordo totalmente	4 (2,1)	9 (3,9)	13
Total	185 (100)	234 (100)	419

(*) p=0,531

4.7 – Comparação de resultados entre a primeira fase e a segunda fase sem intervenção

A comparação entre as amostras da primeira fase e da segunda fase sem intervenção mostra diferenças com significado para algumas das variáveis consideradas e que são mostradas no Quadro CLXXXV. Pode verificar-se que a amostra da primeira fase do estudo tem idade média mais elevada, apesar de ser maior a frequência do grupo etário mais novo. Quanto à freguesia de residência, nota-se maior frequência na urbana na amostra do segundo tempo sem intervenção. É maior a frequência de toma continuada de medicamentos na amostra do segundo tempo sem intervenção.

Quadro CLXXXV: Diferenças e seu significado entre a amostra da primeira fase do estudo e da segunda fase sem intervenção.

Variável	Primeira fase n (%)	Segunda fase n (%)	p
Tipo de família			0,327
Só	25 (9,3)	18 (7,6)	
Acompanhado	244 (90,7)	214 (92,4)	
Género			0,052
Masculino	81 (30,2)	87 (32,0)	
Feminino	187 (69,8)	185 (68,0)	
Idade média (\pm dp)	48,5 \pm 17,9	47,0 \pm 16,1	0,313
Grupo etário			0,040
16-35 anos	85 (31,6)	60 (26,4)	
36-50 anos	60 (22,3)	70 (30,8)	
51-65 anos	68 (25,3)	60 (26,4)	
>66 anos	56 (20,8)	37 (16,3)	
Grupo formação académica			0,226
Básica	142 (52,2)	132 (55,9)	
Média / Superior	130 (47,8)	104 (44,1)	
Grupo actividade			0,360
Activo	162 (60,0)	145 (62,0)	
Não activo	108 (40,0)	89 (38,0)	
Tipo de freguesia			0,035
Predominantemente urbana	178 (65,4)	173 (73,0)	
Medianamente urbana	57 (21,0)	48 (20,2)	
Predominantemente rural	37 (13,6)	16 (6,8)	
Toma continuada de medicamentos			0,020
Sim	140 (52,0)	141 (61,6)	
Não	129 (48,0)	88 (38,4)	

Nos quadros abaixo são mostrados os resultados quanto às várias afirmações em função de, na segunda fase do estudo, não ter havido contacto com a intervenção.

4.7 a) Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”

Embora sem significado estatístico, nota-se, no Quadro CLXXXVI, diferença no tom geral das respostas, passando a haver maior discordância com a possibilidade de o medicamento poder fazer algo sem a ajuda do próprio.

Quadro CLXXXVI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Medicamento é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda! / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Sim	111 (40,8)	82 (34,6)	193
Não	113 (41,5)	106 (44,7)	219
Não sei	48 (17,6)	25 49 (20,7)	97
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,147

4.7 b) Um medicamento “actua em todo o corpo”.

Os resultados são piores na segunda fase do estudo, embora sem diferença com significado entre ambas as fases, segundo o Quadro CLXXXVII.

Quadro CLXXXVII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento actua em todo o corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	113 (41,5)	96 (40,5)	209
Sim	102 (37,5)	81 (34,2)	183
Não sei	57 (21,0)	60 (25,3)	117
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,482

4.7 c) Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”.

Sem significado estatístico, há resultados melhores no grupo da segunda fase sem intervenção, segundo o Quadro CLXXXVIII.

Quadro CLXXXVIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento apenas corrige o que está errado no corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	100 (36,8)	85 (35,9)	185
Sim	120 (44,1)	93 (39,2)	213
Não sei	52 (19,1)	59 (24,9)	111
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,360

4.7 d) Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”.

Com significado estatístico, verificamos que as respostas dadas pela população não abrangida pela formação no segundo tempo são de pior conhecimento de acordo com o Quadro CLXXXIX.

Quadro CLXXXIX: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento apenas actua em algumas partes do corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	70 (25,7)	49 (20,6)	119
Sim	151 (55,5)	112 (47,2)	263
Não sei	51 (18,8)	76 (32,1)	127
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,003

4.7 e) Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”.

Segundo o Quadro CLXL e com significado estatístico, verificamos que as respostas no segundo tempo, sem intervenção formativa têm piores resultados que as da primeira fase.

Quadro CLXL: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	130 (47,8)	97 (40,9)	227
Sim	104 (38,2)	84 (35,4)	188
Não sei	38 (14,0)	56 (23,6)	94
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,021

4.7 f) “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”

O Quadro CLXLI permite verificar mudança na concordância quanto a esta afirmação, reforçando-se o desconhecimento quanto à integração do medicamento no corpo.

Quadro CLXLI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento depois de tomado o medicamento é integrado no corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	13 (4,8)	15 (6,3)	28
Sim	200 (73,5)	172 (72,6)	372
Não sei	59 (21,7)	50 (21,1)	109
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,655

4.7 g) “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.”

Os resultados constantes do Quadro CLXLII mostram que no segundo tempo sem formação há pior conhecimento que no primeiro tempo.

Quadro CLXLII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	71 (26,1)	60 (25,3)	131
Sim	97 (35,7)	74 (31,2)	171
Não sei	104 (38,2)	103 (43,5)	207
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,366

4.7 h) “Sei como um medicamento actua no organismo.”

Com significado estatístico, é diferente a proporção dos que respondem «não» e «sim» em ambos os tempos, segundo o Quadro CLXLIII. Nota-se acentuada redução no «não» em relação ao saber como um medicamento actua no corpo e um acréscimo em «sim» e «não sei» do primeiro para o segundo tempo.

Quadro CLXLIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Sei como um medicamento actua no organismo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Não	178 (65,4)	76 (32,1)	254
Sim	44 (16,2)	68 (28,7)	112
Não sei	50 (18,4)	93 (39,2)	143
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p<0,001

4.7 i) “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.”

Com significado estatístico, nota-se que entre as duas amostras existe um acréscimo de resposta «sim» e um decréscimo de resposta «não» entre os dois tempos, com melhoria das respostas para o segundo tempo, o que deve ser realçado, e que, na ausência de intervenção formativa, apenas pode ser explicado por características intrínsecas da amostra, de acordo com o Quadro CLXLIV.

Quadro CLXLIV: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Sim	211 (77,6)	204 (86,1)	415
Não	47 (17,3)	25 (10,6)	72
Não sei	14 (5,1)	8 (3,4)	22
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,015

4.7 j) “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.”

Há uma ligeira tendência para a redução da escolha da medicação a comprar, embora sem diferença com significado estatístico, por causa do seu custo, a par de uma maior intensidade de resposta no sentido contrário, segundo o Quadro CLXLV.

Quadro CLXLV: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Sim	32 (11,8)	25 (10,6)	57
Não	224 (82,4)	200 (84,4)	424
Não sei	16 (5,8)	12 (5,1)	28
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,899

4.7 l) “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.”

Também sem diferença com significado estatístico entre ambos os tempos de medição, regista-se uma evolução para maior concordância com a não compra de medicamentos apenas para os problemas que mais afligem e uma simultânea menor concordância com a afirmação de comprar “apenas” os medicamentos para as situações que mais afligem. Este é um resultado interessante para o bom resultado da terapêutica, segundo o Quadro CLXLVI.

Quadro CLXLVI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Sim	131 (48,2)	94 (39,7)	225
Não	129 (47,4)	133 (56,1)	262
Não sei	12 (4,4)	10 (4,2)	22
Total	272 (100)	237 (100)	509

(*) p=0,076

4.7 m) “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos.”

Apesar da ausência de intervenção e com significado estatístico, nota-se que a amostra do segundo tempo tem uma atitude de resposta de que a prescrição de medicamentos pelos médicos não é excessiva, segundo o Quadro CLXLVII.

Quadro CLXLVII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos” na amostra, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Os médicos receitam demasiados medicamentos / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	22 (8,4)	17 (7,3)	39
Concordo	63 (24,0)	34 (14,6)	97
Sem opinião	79 (30,0)	82 (35,2)	161
Discordo	84 (31,9)	79 (33,9)	163
Discordo totalmente	15 (5,7)	14 (9,0)	36
Total	263 (100)	233 (100)	496

(*) p=0,036

4.7 n) “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.”

Segundo o Quadro CLXLVIII, embora sem significado estatístico, há um aparente melhor conhecimento na amostra do segundo tempo. Cerca de 30% dos respondentes em ambas as fases do estudo concordam com a suspensão periódica do medicamento.

Quadro CLXLVIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	28 (10,6)	18 (7,6)	46
Concordo	66 (25,0)	52 (22,0)	118
Sem opinião	80 (30,2)	73 (30,9)	153
Discordo	67 (25,3)	65 (27,5)	132
Discordo totalmente	24 (9,1)	28 (11,9)	52
Total	265 (100)	236 (100)	501

(*) p=0,110

4.7 o) “A maior parte dos medicamentos cria habituação.”

Apesar de não haver significado estatístico entre os dois tempos de medida, verifica-se que na segunda fase é maior a percentagem dos que discordam, segundo o Quadro CLXLIX.

Quadro CLXLIX: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

A maior parte dos medicamentos cria habituação / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase sem intervenção (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	43 (16,3)	36 (15,4)	79
Concordo	124 (47,0)	112 (47,9)	236
Sem opinião	53 (20,0)	41 (17,5)	94
Discordo	34 (12,9)	36 (15,4)	70
Discordo totalmente	10 (3,8)	9 (3,9)	19
Total	264 (100)	234 (100)	498

(*) p=0,769

4.8 – Comparação de resultados entre a primeira fase e a segunda fase com intervenção

A comparação entre as amostras da primeira fase e da segunda fase com intervenção, segundo o Quadro CC, revela haver diferenças, com significado, na comparação de algumas variáveis estudadas, como a idade média, que é mais elevada na primeira amostra, na distribuição de grupos etários considerados, na formação académica, que é mais elevada na segunda amostra, na actividade que tem maior frequência na segunda amostra e na freguesia de residência, que é mais urbana na segunda fase do estudo.

Quadro CC: Diferenças e seu significado entre a amostra da primeira fase do estudo e da segunda fase com intervenção.

Variável	Primeira fase n (%)	Segunda fase n (%)	p
Tipo de família			0,404
Só	25 (9,3)	15 (8,2)	
Acompanhado	244 (90,7)	169 (91,8)	
Género			0,331
Masculino	81 (30,2)	60 (32,6)	
Feminino	187 (69,8)	124 (67,4)	
Grupo etário			0,040
16-35 anos	85 (31,6)	60 (33,0)	
36-50 anos	60 (22,3)	60 (33,0)	
51-65 anos	68 (25,3)	42 (23,0)	
>66 anos	56 (20,8)	20 (11,0)	
Sofrer de doença crónica			0,474
Sim	56 (31,8)	82 (31,1)	
Não	120 (68,2)	182 (68,9)	
Grupo formação académica			0,001
Básica	142 (52,2)	70 (37,4)	
Média / Superior	130 (47,8)	117 (62,6)	
Grupo actividade			0,011
Activo	162 (60,0)	131 (70,8)	
Não activo	108 (40,0)	54 (29,2)	
Tipo de freguesia			0,017
Predominantemente urbana	178 (65,4)	143 (76,5)	
Medianamente urbana	57 (21,0)	24 (12,8)	
Predominantemente rural	37 (13,6)	20 (10,7)	
Toma continuada de medicamentos			0,083
Sim	140 (52,0)	107 (59,1)	
Não	129 (48,0)	74 (40,9)	
Idade média ($\pm dp$)	48,5 \pm 17,9	44,8 \pm 14,9	0,023

Nos quadros abaixo são mostrados os resultados quanto às várias afirmações medidas.

4.8 a) Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”

Embora sem significado estatístico, nota-se, no Quadro CCI, diferença no tom geral das respostas, passando a haver maior discordância com a possibilidade de o medicamento poder ter algum efeito sem a ajuda do próprio.

Quadro CCI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Medicamento é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda! / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Sim	111 (40,8)	73 (39,0)	184
Não	113 (41,5)	91 (48,7)	204
Não sei	48 (17,6)	23 (12,3)	71
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,735

4.8 b) Um medicamento “actua em todo o corpo”.

Segundo o Quadro CCII, os resultados, sem diferença com significado estatístico, mostram que foi obtida melhoria no conhecimento da actuação generalizada do medicamento no organismo.

Quadro CCII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento actua em todo o corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Não	111 (41,5)	70 (37,4)	183
Sim	113 (37,5)	90 (48,1)	192
Não sei	57 (30,0)	27 (14,4)	84
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,912

4.8 c) Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”.

Com significado estatístico, segundo o Quadro CCIII, há resultados francamente melhores no segundo tempo de medida, significando um incremento no conhecimento da actuação do medicamento no corpo.

Quadro CCIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento apenas corrige o que está errado no corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Não	100 (36,8)	94 (50,3)	194
Sim	120 (44,1)	66 (35,3)	186
Não sei	52 (19,1)	27 (14,4)	79
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,006

4.8 d) Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”.

Sem significado estatístico, pelo Quadro CCIV, verificamos que as respostas no segundo tempo significam um melhor conhecimento.

Quadro CCIV: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento apenas actua em algumas partes do corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Não	70 (25,7)	70 (37,4)	140
Sim	151 (55,5)	81 (43,3)	232
Não sei	51 (18,8)	36 (19,3)	87
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,069

4.8 e) Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”.

Segundo o Quadro CCV e sem significado estatístico as respostas evoluem no pior sentido.

Quadro CCV: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Não	130 (47,8)	99 (52,9)	229
Sim	104 (38,2)	61 (32,6)	165
Não sei	38 (14,0)	27 (14,4)	65
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,402

4.8 f) “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”

Pelo Quadro CCVI, sem significado estatístico, verificamos melhores resultados no conhecimento com crescimento da resposta «sim» de 73,5% para 76,5%, apesar de um aumento da resposta «não».

Quadro CCVI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Um medicamento depois de tomado é integrado no corpo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase (*) n (%)	Total
Não	13 (4,8)	14 (7,5)	30
Sim	200 (73,5)	143 (76,5)	379
Não sei	59 (21,7)	30 (16,0)	111
Total	272 (100)	187 (100)	520

(*) p=0,072

4.8 g) “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.”

Segundo o Quadro CCVII, a proporção de boas respostas aumenta, embora sem significado estatístico, do primeiro para o segundo tempo.

Quadro CCVII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Não	71 (26,1)	37 (19,8)	133
Sim	97 (35,7)	89 (47,6)	174
Não sei	104 (38,2)	61 (32,6)	213
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,962

4.8 h) “Sei como um medicamento actua no organismo.”

Segundo o Quadro CCVIII, e com significado estatístico, é diferente a proporção dos que respondem «não» e «sim» em ambos os tempos. Nota-se acentuada redução do «Não» em relação a saber como um medicamento actua no corpo e acréscimo em «Sim» e «Não sei».

Quadro CCVIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Sei como um medicamento actua no organismo / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Não	178 (65,4)	46 (24,6)	362
Sim	44 (16,2)	75 (40,1)	79
Não sei	50 (18,4)	66 (35,3)	18
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p<0,001

4.8 i) “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.”

Nota-se que entre as duas amostras existe um acréscimo da resposta «sim», e um decréscimo da resposta «não», com melhoria das respostas para o segundo tempo, o que deve ser realçado, segundo o Quadro CCIX, embora sem significado.

Quadro CCIX: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Sim	211 (77,6)	151 (86,3)	362
Não	47 (17,3)	32 (10,5)	79
Não sei	14 (5,1)	4 (3,2)	18
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,344

4.8 j) “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.”

Segundo o Quadro CCX há, sem diferença com significado estatístico, uma muito ligeira tendência para o aumento da escolha da medicação a comprar por causa do seu custo, bem como aumento da opção «não» na escolha. Parece, assim, haver melhoria ligeira na aceitação da prescrição.

Quadro CCX: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Sim	32 (11,8)	23 (12,3)	55
Não	224 (82,4)	157 (84,0)	381
Não sei	16 (5,8)	7 (3,7)	23
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,505

4.8 l) “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.”

Também, segundo o Quadro CCXI e sem diferença com significado estatístico na resposta entre ambos os tempos, regista-se maior concordância com a não compra de medicamentos apenas para os problemas que mais afligem, e simultânea menor concordância com a afirmação de compra «apenas» dos medicamentos para as situações que mais afligem, reflectindo um melhor ambiente perante esta problemática.

Quadro CCXI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Sim	131 (48,2)	77 (41,2)	208
Não	129 (47,4)	103 (55,1)	232
Não sei	12 (4,4)	7 (3,7)	19
Total	272 (100)	187 (100)	459

(*) p=0,191

4.8 m) “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos.”

De acordo com o Quadro CCXII a intervenção induziu uma resposta mais favorável à não concordância com excesso de prescrição pelos médicos, sem significado estatístico.

Quadro CCXII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Os médicos receitam demasiados medicamentos / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	22 (8,4)	18 (8,0)	40
Concordo	63 (24,0)	37 (24,1)	100
Sem opinião	79 (30,0)	87 (23,5)	166
Discordo	84 (31,9)	80 (37,4)	164
Discordo totalmente	15 (5,7)	22 (7,0)	37
Total	263 (100)	187 (100)	450

(*) p=0,358

4.8 n) “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.”

De acordo com o Quadro CCXIII, as respostas no segundo tempo significam um melhor conhecimento entre amostras e com significado estatístico. De facto a importância da adesão à terapêutica, em função de componentes relativos à farmacocinética, implica que a correcta explicação permita os resultados esperados em função da eficácia conhecida.

Quadro CCXIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	28 (10,6)	9 (7,7)	37
Concordo	66 (25,0)	45 (23,1)	111
Sem opinião	80 (30,2)	48 (30,7)	128
Discordo	67 (25,3)	55 (26,3)	122
Discordo totalmente	24 (9,1)	30 (12,1)	54
Total	265 (100)	187 (100)	452

(*) p=0,008

4.8 o) “A maior parte dos medicamentos cria habituação.”

Segundo o Quadro CCXIV, apesar do não significado estatístico, verifica-se que na segunda fase é maior a percentagem dos que discordam, assim como dos que concordam com o facto de a maior parte dos medicamentos produzirem habituação.

Quadro CCXIV: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.

A maior parte dos medicamentos cria habituação / Fase do estudo	Primeira fase (*) n (%)	Segunda fase com intervenção (*) n (%)	Total
Concordo totalmente	43 (16,3)	36 (19,5)	79
Concordo	124 (47,0)	83 (44,9)	207
Sem opinião	53 (20,0)	29 (15,7)	82
Discordo	34 (12,9)	33 (17,8)	67
Discordo totalmente	10 (3,8)	4 (2,1)	14
Total	264 (100)	185 (100)	449

(*) p=0,717

4.9 – Comparação de resultados entre os que responderam ao questionário em ambas as fases em função de terem estado expostos à intervenção.

No Quadro CCXV pode verificar-se que, sem significado estatístico na comparação entre ambas as amostras com e sem intermpo, para todos aqueles que responderam ao Questionário nas duas fases do estudo, o grupo com intervenção tem maior prevalência de viver acompanhado, é maioritariamente do sexo feminino, é sobretudo jovem, tem formação académica superior, é mais activo profissionalmente, vive sobretudo em freguesia predominantemente urbana, tem maior frequência de toma contínua de medicamentos e considera maioritariamente não sofrer de doença crónica.

Quadro CCXV: Diferenças e seu significado entre a amostra que respondeu a ambos os questionários, em função de ter ou não estado exposta à intervenção.

Variável	Com Intervenção n (%)	Sem Intervenção n (%)	P
Tipo de família			0,500
Só	13 (5,9)	4 (7,8)	
Acompanhado	48 (94,1)	47 (92,2)	
Género			0,274
Masculino	16 (32,0)	21 (39,6)	
Feminino	934 (68,0)	32 (60,4)	
Grupo etário			0,241
16-35 anos	15 (29,4)	11 (21,6)	
36-50 anos	11 (21,6)	19 (37,3)	
51-65 anos	18 (35,3)	12 (23,5)	
>66 anos	7 (13,7)	25 (14,5)	
Grupo formação académica			0,019
Básica	18 (34,6)	30 (56,6)	
Média / Superior	34 (65,4)	23 (43,4)	
Grupo actividade			0,362
Activo	37 (71,2)	35 (66,0)	
Não activo	15 (28,8)	18 (34,0)	
Tipo de freguesia			0,537
Predominantemente urbana	43 (82,7)	40 (75,5)	
Medianamente urbana	5 (9,6)	9 (17,0)	
Predominantemente rural	4 (7,7)	4 (7,5)	
Toma continuada de medicamentos			0,283
Sim	36 (72,0)	33 (64,7)	
Não	14 (28,0)	18 (35,3)	
Sofrer de Doença Crónica			0,457
Sim	20 (38,5)	33 (64,7)	
Não	32 (61,5)	18 (35,3)	
Idade média (\pm dp)	47,9 \pm 16,3	47,8 \pm 14,8	0,995

A análise inferencial aos resultados de concordância com as afirmações, para os respondentes ao questionário em ambas as fases e em função de ter havido ou não intervenção no segundo tempo, é fornecida nos quadros abaixo.

4.9 a) Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”.

Segundo o Quadro CCXVI, embora sem significado estatístico, nota-se diferença no tom geral das respostas ao haver maior discordância com a possibilidade de o medicamento poder fazer algo sem a ajuda do próprio, no grupo sem intervenção.

Quadro CCXVI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Medicamento é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda! / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Sim	26 (50,0)	20 (37,7)
Não	20 (38,5)	29 (54,7)
Não sei	6 (11,5)	4 (7,5)
Total	51 (100)	51 (100)

(*) p=0,386

4.9 b) Um medicamento “actua em todo o corpo”.

O Quadro CCXVII mostra que, embora sem significado estatístico, existe diferença no tom geral das respostas, ao haver maior concordância com a possibilidade de o medicamento actuar em todo o corpo no grupo com intervenção.

Quadro CCXVII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Um medicamento actua em todo o corpo / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	13 (25,0)	25(47,2)
Sim	31 (59,6)	20 (37,7)
Não sei	8 (15,4)	8 (15,1)
Total	52(100)	53 (100)

(*) p=0,067

4.9 c) Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”.

O Quadro CCXVIII mostra que, com significado estatístico, há resultados francamente melhores no grupo com intervenção, significando um incremento no conhecimento da actuação do medicamento no corpo.

Quadro CCXVIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Um medicamento apenas corrige o que está errado no corpo / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	27 (51,9)	15 (28,3)
Sim	16 (30,8)	24 (45,3)
Não sei	9 (17,3)	14 (26,4)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,024

4.9 d) Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”.

O Quadro CCXIX mostra que, com significado estatístico, há resultados francamente melhores no grupo com intervenção, significando incremento no conhecimento da distribuição do medicamento no corpo.

Quadro CCXIX: Um medicamento “apenas em algumas partes do corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Um medicamento apenas actua em algumas partes do corpo / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	21 (40,4)	6 (11,3)
Sim	21 (40,4)	26 (49,1)
Não sei	10(19,2)	21 (39,6)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,001

4.9 e) Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”.

Sem significado estatístico há resultados francamente melhores no grupo sem intervenção, como mostrado no Quadro CCXX.

Quadro CCXX: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	24 (55,3)	18 (34,0)
Sim	19 (31,8)	20 (37,7)
Não sei	9 (12,9)	15 (28,3)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,130

4.9 f) “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”

O Quadro CCXXI permite verificar que, sem significado estatístico, há resultados francamente melhores no grupo com intervenção.

Quadro CCXXI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	5 (9,6)	3 (5,7)
Sim	42 (80,8)	41 (77,4)
Não sei	5 (9,6)	9 (17,0)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,203

4.9 g) “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.”

Segundo o Quadro CCXXII a proporção de boas respostas é maior, embora sem significado estatístico, no grupo que refere ter tido intervenção.

Quadro CCXXII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	11 (21,2)	17 (32,1)
Sim	29 (55,8)	18 (34,0)
Não sei	12 (23,1)	18 (34,0)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,986

4.9 h) “Sei como um medicamento actua no organismo.”

Sem significado estatístico, é diferente a proporção dos que respondem «não» e «sim» em ambos os grupos. Segundo o Quadro CCXXIII, nota-se acentuada resposta «não sei» no grupo com intervenção em comparação com o grupo sem intervenção.

Quadro CCXXIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Sei como um medicamento actua no organismo / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Não	13 (25,0)	17 (32,1)
Sim	17 (32,7)	18 (34,0)
Não sei	22 (42,3)	18 (34,0)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,331

4.9 i) “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.”

Segundo o Quadro CCXXIV e com significado, nota-se que entre as duas amostras existe um acréscimo de resposta «sim», mais favorável ao grupo com intervenção, parecendo haver sentido crítico individual.

Quadro CCXXIV: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Sim	44 (84,6)	43 (83,1)
Não	7 (13,5)	8 (15,5)
Não sei	1 (1,9)	2 (3,8)
Total	132 (100)	53 (100)

(*) p=0,617

4.9 j) “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.”

Há, sem diferença com significado estatístico, resultados semelhantes entre ambos os grupos, como se pode constatar da análise do Quadro CCXXV, apesar de se notar maior escolha no grupo com intervenção e maior não escolha no grupo sem intervenção.

Quadro CCXXV: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Sim	7 (13,5)	5 (9,4)
Não	43 (82,7)	46 (86,8)
Não sei	2 (3,8)	2 (3,8)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,590

4.9 l) “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.”

Também sem diferença com significado estatístico, verifica-se haver melhores respostas no grupo com intervenção, segundo o Quadro CCXXVI.

Quadro CCXXVI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Sim	16 (30,8)	17 (32,1)
Não	34 (65,4)	35 (66,6)
Não sei	2 (3,8)	1 (1,9)
Total	52 (100)	53(100)

(*) p=0,780

4.9 m) “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos.”

Sem significado estatístico, a resposta da amostra com intervenção revela-se melhor, segundo o Quadro CCXXVII, ao haver maior discordância com excessiva prescrição.

Quadro CCXXVII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Os médicos receitam demasiados medicamentos / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Concordo totalmente	6 (11,5)	4 (7,7)
Concordo	8 (15,4)	9 (17,3)
Sem opinião	13 (25,0)	14 (26,9)
Discordo	23 (44,2)	19 (36,5)
Discordo totalmente	2 (3,8)	6 (11,5)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,612

4.9 n) “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.”

Sem significado e segundo o Quadro CCXXVIII, a discordância é mais adequadas no grupo com intervenção.

Quadro CCXXVIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Concordo totalmente	2 (3,8)	3 (5,7)
Concordo	16 (30,8)	14 (26,4)
Sem opinião	12 (23,1)	20 (37,7)
Discordo	14 (26,9)	12 (22,6)
Discordo totalmente	8 (15,4)	4 (7,5)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,429

4.9 o) “A maior parte dos medicamentos cria habituação.”

O Quadro CCXXIX mostra resultados sem significado estatístico na diferença entre as respostas, com melhores concordância e melhor discordância, no grupo com intervenção.

Quadro CCXXIX: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.

A maior parte dos medicamentos cria habituação / Intervenção na segunda fase do estudo	Com intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)	Sem intervenção na segunda fase do estudo (*) n (%)
Concordo totalmente	9 (17,3)	12 (22,6)
Concordo	23 (44,2)	25 (47,2)
Sem opinião	7 (13,5)	8 (15,1)
Discordo	12 (21,1)	7 (13,2)
Discordo totalmente	1 (1,9)	1 (1,9)
Total	52 (100)	53 (100)

(*) p=0,273

5 – Análise do ganho de informação em função das variáveis estudadas

Para estudo do ganho da informação pela intervenção, foi feita análise factorial para as afirmações nas suas respostas no primeiro tempo de estudo e após intervenção.

Nos Quadros CCXXX e CCXXXI são mostrados os resultados de Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett, e de comunalidades para o agregado de resultados.

Quadro CCXXX: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,737
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	1200,712
	df	91
	Sig.	0,000

Quadro CCXXXI: Comunalidades no agregado dos resultados.

Afirmação	Inicial	Extracção
É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	1,000	0,141
Actua em todo o corpo.	1,000	0,294
Apenas corrige o que está errado no corpo.	1,000	0,512
Apenas em algumas partes do corpo.	1,000	0,450
Pode apenas pôr-me mais bem disposto.	1,000	0,453
Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	1,000	0,358
Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	1,000	0,407
Sei como um medicamento actua no organismo.	1,000	0,174
Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	1,000	0,108
Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	1,000	0,631
Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	1,000	0,589
Os médicos receitam demasiados medicamentos.	1,000	0,638
Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	1,000	0,571
A maior parte dos medicamentos cria habituação.	1,000	0,487

Método de extracção: Análise de componentes principais.

Na aplicação estatística verificamos que três componentes explicam 41,9% de toda a informação, segundo o Quadro CCXXXII.

Quadro CCXXXII: Variância total explicada.

Valores próprios iniciais			
Componente	Total	% da variância	% Acumulada
1	2,710	19,358	19,358
2	1,938	13,841	33,199
3	1,146	8,187	41,386
4	1,040	7,431	48,816
5	1,018	7,275	56,091
6	0,972	6,941	63,033
7	0,842	6,012	69,045
8	0,743	5,306	74,351
9	0,693	4,952	79,302
10	0,663	4,734	84,037
11	0,622	4,444	88,480
12	0,580	4,141	92,621
13	0,543	3,881	96,503
14	,490	3,497	100,000

Método de extracção: Análise de componentes principais.

Os componentes calculados são mostrados no Quadro CCXXXIII, sendo de realçar que, para o componente 2, uma das afirmações surge em sentido contrário às restantes do componente.

Quadro CCXXXIII: Resultados da matriz dos componentes do capítulo sobre “Representação Cognitiva dos Medicamentos”.

Afirmação	Componente 1	Componente 2	Componente 3
É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	0,665		-0,256
Pode apenas pôr-me mais bem disposto.	0,658		
Apenas actua em algumas partes do corpo.	0,644		
Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	0,612		
Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	0,593		
Actua em todo o corpo.	0,521		
É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	0,368		
Sei como um medicamento actua no organismo.	0,309	0,251	
Os médicos receitam demasiados medicamentos.		0,684	-0,406
Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	-0,283	0,677	
A maior parte dos medicamentos cria habituação.	-0,232	0,613	-0,239
Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.		-0,284	
Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.		0,442	0,640
Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.		0,488	0,592

Método de Extracção: Análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

Foram assim obtidos três componentes fundamentais, que são e as quais decidimos chamar de:

Componente 1: «Funcionamento do medicamentos no corpo», constituído pelas afirmações «é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!», «actua em todo o corpo», «apenas corrige o que está errado no corpo», «apenas em algumas partes do corpo», «pode apenas pôr-me mais bem disposto», «depois de tomado o medicamento é integrado no corpo» e «depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado».

Componente 2: «Cognição sobre medicamentos», constituído pelas afirmações «sei como um medicamento actua no organismo», «os médicos receitam demasiados medicamentos», «quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando», «a maior parte dos medicamentos cria habituação» e «quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados», mas esta em sentido inverso.

Componente 3: «Economia do medicamento», constituído pelas afirmações «escolho os medicamentos que compro porque são muito caros» e «compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem».

A análise inferencial de ganhos pelos componentes extraídos em função das variáveis estudadas é referida nos quadros abaixo.

No Quadro CCXXXIV verificamos que na análise por tipo de família não há diferenças com significado em função dos componentes extraídos.

Quadro CCXXXIV: Variação dos componentes extraídos em função do tipo de família.

	Tipo de Família	n	MédiaDesvio-padrão	p
Funcionamento do medicamento	Só	54	-0,024±1,168	0,903
	Acompanhado	612	-0,004±0,988	
Cognição de medicamento	Só	54	0,005±1,144	0,957
	Acompanhado	612	0,0141±0,990	
Economia do medicamento	Só	54	0,0885±1,125	0,528
	Acompanhado	612	-0,01200±,9712	

No Quadro CCXXXV verificamos que, na análise por sexo, há diferenças com significado em função dos componentes extraídos, para cognição sobre medicamentos em função do género.

Quadro CCXXXV: Variação dos componentes extraídos em função do sexo.

	Sexo	n	Média Desvio- padrão	p
Funcionamento do medicamento	Masculino	219	0,062±1,0286	0,236
	Feminino	444	-0,038±0,990	
Cognição sobre medicamento	Masculino	219	-0,135±1,058	0,015
	Feminino	444	0,073±0,965	
Economia do medicamento	Masculino	219	-0,085±1,037	0,210
	Feminino	444	0,020±0,966	

No Quadro CCXXXVI verificamos que na análise por grupo de formação há diferenças com significado para a variável funcionamento do medicamento, mas não em função de cognição do medicamento e economia do medicamento.

Quadro CCXXXVI: Variação dos componentes extraídos em função do grupo de formação académica.

	Grupo de Formação	n	Média±Desvio-padrão	p
Funcionamento do medicamento	Básico	330	0,309±1,027	< 0,001
	Médio/Superior	344	-0,306±0,881	
Cognição sobre medicamento	Básico	330	-0,021±0,987	0,518
	Médio/Superior	344	0,029±1,016	
Economia do medicamento	Básico	330	-0,039±1,078	0,352
	Médio/Superior	344	0,032±0,894	

No Quadro CCXXXVII verificamos que na análise por sofrer de doença crónica não há diferenças com significado em função dos componentes extraídos.

Quadro CCXXXVII: Variação dos componentes extraídos em função de considerar sofrer de doença crónica.

	Sofrer de doença crónica	n	Média	Desvio-Padrão	p
Funcionamento do medicamento	Sim	207	0,053	0,950	0,290
	Não	435	-0,034	1,024	
Cognição sobre medicamento	Sim	207	-0,049	1,023	0,304
	Não	435	0,039	1,003	
Economia do medicamento	Sim	207	-0,040	0,980	0,498
	Não	435	,0160	0,975	

No Quadro CCXXXVIII verificamos que na análise por grupo de actividade há diferenças com significado em função do componente «funcionamento do medicamento», não havendo diferença para os restantes componentes extraídos.

Quadro CCXXXVIII: Variação dos componentes extraídos em função do grupo de actividade.

	Grupo Actividade	n	Média	Desvio-Padrão	p
Funcionamento do medicamento	Activo	425	-0,104	0,986	0,001
	Não activo	243	0,159	1,005	
Cognição sobre medicamento	Activo	425	0,018	0,985	0,727
	Não activo	243	-0,011	1,039	
Economia do medicamento	Activo	425	-0,010	1,022	0,897
	Não activo	243	0,000	0,904	

No Quadro CCXXXIX verificamos que na análise por toma continuada de medicamentos há diferença com significado para o componente «funcionamento do medicamento» e «cognição de medicamento».

Quadro CCXXXIX: Variação dos componentes extraídos em função da toma continuada de medicamentos.

	Toma continuada de medicamentos	n	Média	Desvio-Padrão	p
Funcionamento do medicamento	Sim	379	0,090	1,012	0,001
	Não	281	-0,170	0,958	
Cognição sobre medicamento	Sim	379	0,075	1,006	0,036
	Não	281	-0,089	0,992	
Economia do medicamento	Sim	379	-0,026	0,981	0,359
	Não	281	0,046	1,005	

No Quadro CCXL verificamos que na análise por grupo etário há diferenças com significado em função do componente «funcionamento do medicamento».

Quadro CCXLV: Variação dos componentes extraídos em função do grupo etário.

	Grupo etário	n	Média± Desvio-Padrão	IC 95%	
Funcionamento do medicamento	16-35 anos	209	-0,28±0,99	-0,46 a 0,07	F=9,975 p<0,001
	36-50 anos	183	-0,03±1,02	-0,56 a 0,67	
	51-65 anos	163	0,15±1,00	-0,67 a 0,57	
	> 65 anos	109	0,29±0,94	-0,14 a 0,57	
Cognição sobre medicamento	16-35 anos	209	0,06±1,00	-0,60 a 0,04	F=0,456 p=0,713
	36-50 anos	183	0,04±0,98	-0,71 a -0,10	
	51-65 anos	163	-0,05±0,98	-0,12 a 0,50	
	> 65 anos	109	-0,04±1,08	-0,49 a 0,33	
Economia do medicamento	16-35 anos	209	0,06±0,96	-0,67 a -0,15	F=0,532 p=0,660
	36-50 anos	183	-0,01±0,97	-0,52 a 0,88	
	51-65 anos	163	-0,05±1,07	-0,36 a 0,32	
	> 65 anos	109	-0,06±0,98	-0,50 a 0,25	

No Quadro CCXLI verificamos que na análise por tipo de freguesia em que o médico trabalha não há diferenças com significado em função dos componentes extraídos.

Quadro CCXLI: Variação dos componentes extraídos em função da freguesia em que o médico trabalha.

	Freguesia (*)	n	Média± Desvio-Padrão	IC 95%	
Funcionamento do medicamento	PU	484	-0,00±0,99	-0,36 a 0,01	F=0,535 p<0,586
	MU	131	0,06±1,07	-0,70 a 0,04	
	PR	71	-0,90±0,96	-0,20 a 0,70	
Cognição de medicamento	PU	484	0,00±1,00	-0,35 a 0,00	F=0,611 p=0,543
	MU	131	-0,07±0,96	-0,57 a 0,10	
	PR	71	0,10±1,06	-0,52 a 0,50	
Economia do medicamento	PU	484	-0,28±0,97	-0,38 a -0,02	F=0,644 p=0,523
	MU	131	0,06±1,13	-0,70 a 0,87	
	PR	71	0,82±0,92	-0,64 a 0,24	

(*) Nota:

PU = Predominantemente urbana; MU = Medianamente urbana; PR = Predominantemente rural.

VI – Discussão

A – Crítica metodológica, pontos fracos e fortes e viéses

Até ao limite dos nossos esforços, tivemos em conta toda a conjuntura ética e deontológica para este tipo de estudos.

O facto da presente investigação não lidar com seres humanos de uma forma terapêutica directa não invalida a necessidade da existência das melhores práticas para a obtenção de resultados, realização de intervenção e nova medição. Assim, foram tomados todos os cuidados necessários, tendo sido seguidas as instruções da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e o vertido em «A importância da ética na investigação» ⁽⁸⁸⁾, nomeadamente que «ética é o comportamento que visa, promove e respeita a realização de si próprio, numa adequada relação com os outros, no quadro de instituições justas». Em todos os momentos da investigação reconheceu-se que o respondedor do questionário é um indivíduo que tem direitos que devem ser respeitados, como o afirmam a Declaração Universal dos Direitos do Homem ⁽⁸⁹⁾, a Declaração de Helsínquia ^(90,91) e o constante no código deontológico da Ordem dos Médicos ⁽⁹²⁾.

Tendo em conta os objectivos que pretendíamos medir, o tipo de estudo e as suas fases, a metodologia parece ter sido correcta ao ter propiciado resultados de frequência de resposta acima dos 30% em cada fase de trabalho. Para estudo do que sabem sobre os medicamentos, os seus consumidores, foi definido que os melhores resultados encontrar-se-iam nos utilizadores de estruturas de saúde em que se pratica medicina, com prescrição de medicamentos. E ainda que, em Cuidados de Saúde Primários, é na área da Medicina Geral e Familiar que tal realidade mais se encontra clara, até pelo, em alguns casos, já longo relacionamento entre médico e doente.

O conjunto de materiais de estudo – questionário desenvolvido e validado pelo autor e o *Beliefs about Medicines Questionnaire* validado para português – garantia poder medir-se o que se desejava. A metodologia de aplicação parece ter resultado.

Conseguiu-se o conhecimento do local exacto de atendimento de cada respondedor através da marcação dos envelopes. A identificação, no sobrescrito, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o acompanhamento do Questionário com uma carta esclarecedora e assinada pelos autores, garantindo anonimato e confidencialidade, bem como o pedido de aceitação de resposta feito pelos funcionários administrativos, assim como a colocação de cartaz anunciando o estudo em balcão aquando dos períodos de entrega, pode ter garantido parte do retorno, em ambas as fases do estudo. Igualmente a colocação dos meios de informação em locais de grande contacto com público consumidor de medicamentos como as farmácias, a distribuição de folhetos e as entrevistas, podem ter propiciado, para a segunda fase, a boa frequência de respostas.

A diferente frequência da resposta em ambas as fases pode também dever-se ao diferente número de afirmações de cada questionário, sendo o segundo mais curto.

Podemos e devemos considerar a existência dos seguintes viéses, uns mais marcados para a primeira, outros para a segunda fase do estudo:

- De intenção ou voluntarismo por parte dos respondedores, pois apenas os mais interessados terão respondido aos inquéritos em ambas as fases e que os mais idosos e os de menores recursos intelectuais, na sua formação académica, terão menor motivação para responder;
- De informação, pois nem todas as pessoas que responderam ao questionário no primeiro ponto de observação tiveram acesso à formação/informação realizadas, no período de Janeiro a Março de 2008, e nem todos os respondentes na segunda fase declaram ter tido acesso aos meios utilizados para a divulgação da informação;
- De memória, por os respondedores não se lembrarem de terem tomado remédios ou de ter respondido ao primeiro questionário ou de ter lido, visto ou ouvido sobre a formação realizada;
- De classificação, por termos criado dois termos para cobrir a mesma realidade que é a das substâncias que podem modificar funções fisiológicas no organismo (medicamentos e remédios);

- Ainda um viés de «informação ética», pois, sendo a «ética uma disciplina de carácter prático que pretende guiar a acção humana com um sentido racional»⁽⁹³⁾, não conhecemos, em toda a sua extensão, a forma como os objectos da informação a receberam, por ter havido casos de contacto pessoal, com profissionais de saúde fora do Centro de Saúde e ainda por casos de apenas contacto com os meios generalísticos de informação.

Contactos mantidos com os farmacêuticos das várias farmácias onde os cartazes foram colocados levam a pensar que, de facto, passou a haver curiosidade pela informação, manifestada através de perguntas feitas pelos utilizadores do balcão da farmácia.

Sendo um estudo populacional com intervenção, o que pretendemos medir não foi a intervenção em si, mas a variação do conhecimento, após efectuada intervenção de formação/informação. Tratou-se de saber se os indivíduos constituintes da amostra melhoravam os seus conhecimentos ou passavam a saber de forma diferente, em função de um determinado contexto informativo/formativo – matérias a transmitir e meios de suporte à difusão – em ambiente prático de utilizadores de uma estrutura de saúde tradicional em Portugal nos Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde. Não realizámos um estudo exposto/não exposto, prospectivo, aleatório e com algum grau de ocultação. Realizámos, isso sim, um estudo populacional e observacional num universo definido, com amostras epidemiologicamente semelhantes, distintas nos indivíduos constituintes e em que 25,5% dos indivíduos constituintes da amostra do primeiro tempo faziam parte da do segundo tempo de estudo.

A actuação médica, cada vez mais pautada por linhas de orientação que definem intervalos de tempo de observação médica^(11,12,14,15) e o caso particular de este Centro de Saúde ter um sistema informático que permite aos médicos agendar a próxima consulta do paciente, no contexto de uma intervenção realizada entre Janeiro e Março, com lançamento de novo inquérito três semanas depois, levava a assumir o claro risco de que aqueles que tivessem mais frequentado o Centro de Saúde na época da intervenção, não tivessem ainda voltado à consulta. Na mesma linha, a limitação em número dos questionários em ambas as fases, por razões financeiras de suporte de custos, revelou-se um constrangimento, pois foram «questionadas» populações de curtos intervalos de tempo em ambas as fases.

A alternativa de medir através de entrevista realizada por técnicos especialmente formados foi pensada mas abandonada pelo seu custo, tempo para realização e disponibilidade de técnicos. Admite-se que tal estratégia teria sido interessante para estudo de não respondentes mas tal feriria o protocolo de sigilo, anonimato e confidencialidade nas respostas declarado na nota introdutória de cada Questionário entregue. Por estas razões outros estudos serão eventualmente necessários.

O objectivo de medir deve, assim, ser temperado pelo acima exposto, sem embargo de dever ser assumido que os resultados encontrados são a expressão da casualidade que a metodologia escolhida permitiu obter. E que este é um trabalho epidemiológico que de muitas outras formas é realizado em Portugal, como nos Programas da Direcção Geral de Saúde, dos quais se não conhecem relatórios estruturados, dados a conhecer ao público ou aos profissionais da área da Saúde, com os resultados obtidos. Seria muito interessante saber até que ponto, por exemplo, a utilização de poderosos meios de comunicação para transmitir mensagens quanto à obesidade infantil, diabetes em todas as idades, hipertensão arterial, estilos de vida ou qualquer outra matéria que se queira pensar, teve impacte na sociedade. O nosso foi um trabalho realizado utilizando meios de informação que podem influenciar o conhecimento de uma sociedade, quer na venda do medo do mal-estar e da doença, com consequentes e inerentes terapêuticas (⁵¹), quer na promoção do que deve ser o correcto exercício da saúde, o que raramente é feito, quase sempre por causa de critérios jornalísticos.

Discutir-se-ão, por ordem cronológica e sequencial, o estudo prévio, o estudo da primeira fase, o da fase após intervenção e finalmente os resultados comparados entre as duas fases, incluindo a comparação entre os respondentes a ambos os questionários.

1 – Estudo prévio

Foi realizado um prévio estudo-piloto que consistiu na aplicação do questionário a utentes da consulta de trinta e oito médicos, especialistas em Medicina Geral e Familiar em Junho de 2007. A população seleccionada foi de quatro indivíduos de cada sexo por cada médico, um por cada grupo etário considerado, num total de oito por médico, perfazendo assim um total de 304 inquiridos. Todos os médicos atenderam pessoas de fora da área geográfica em estudo, variando a distribuição pelo Norte, Centro Sul de Portugal e pelas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. Foi pedido aos médicos que entregassem o questionário a quem soubessem poder respondê-lo e enviá-lo posteriormente no envelope pré-franquiado e já endereçado. O estudo prévio foi realizado para verificar problemas ainda não detectados, saber da proporção de resposta e ter uma primeira ideia dos resultados a esperar e calcular o tamanho da amostra.

A proporção de resposta foi de 49,7%, com uma idade média de $49,8 \pm 17,9$ anos, mediana de 48 e moda de 28, entre os 16 e os 86 anos. A distribuição por grupos etários foi de 28,6% dos 16-35 anos, 19,7% dos 36-50 anos, 27,2% dos 51-65 anos e 24,5% acima dos 65 anos. Declarou viver só 8,6% da amostra. São do sexo feminino 55,0% da amostra. Revelaram ter formação básica 48,9% e média ou superior 51,1% da amostra. Da amostra 59,3% é activa e 41,7% não activa. Referiram tomar continuamente medicamentos 54,3% e remédios 18,7%.

Todos estes valores consubstanciam uma amostra não muito diferente da estudada na área de influência do Centro de Saúde de Eiras.

Quanto às respostas por capítulos, verificamos que esta amostra de teste tem o mesmo tipo de respostas que a amostra do estudo efectuado na área de abrangência do Centro de Saúde, mesmo que com algumas diferenças pontuais cujo significado não foi estudado. Na análise dos questionários não foram verificados problemas no preenchimento, nem os médicos no-lo referiram, como era pedido no pacote postal em que foi feito o convite escrito e em que seguiam os questionários. Neste pacote postal seguia uma amostra de questionário destinada ao médico, para que pudesse saber do que se tratava. Todos os médicos tiveram uma primeira abordagem através de convite pessoal telefónico.

2 – Primeira fase do estudo

2.a) A amostra

2.a) 1. Descrição da amostra

Na primeira fase do estudo, obtivemos respostas de uma amostra jovem com idade média de $48,5 \pm 17,9$ anos, com maior representação de grupos etários mais novos – a faixa entre os 16 e os 50 anos corresponde a 53,9% da amostra – e com o sexo feminino a representar 69,8% do total. A maioria da amostra (90,7%) refere viver acompanhada, havendo um predomínio do grupo de formação académica baixa (52,2%), dedicando-se a população activa, que representa 60,0% da amostra, à área dos serviços. Da amostra, 31,1% refere sofrer de doença crónica, tomar continuamente medicamentos (52,0%) ou remédios (16,2%). A população que reside em freguesia predominantemente rural é a mais respondente, com 56,9% de proporção de resposta, e a residente em freguesia predominantemente urbana a menos respondente (30,4%).

Deve ser realçado não termos recebido qualquer questionário preenchido por analfabeto.

A amostra tem uma distribuição normal com ligeiro achatamento e desvio à esquerda e um pico pelos 25-30 anos, podendo reflectir a inscrição de mulheres mais jovens em consultas específicas de Saúde da Mulher, e que serão mais respondentes.

Por grupos etários, verificamos que os homens mais novos respondem menos e que entre as mulheres são as mais idosas que menos respondem. A formação académica média/superior é mais prevalente nos mais jovens. A não actividade aparece fundamentalmente com a idade mais avançada. A prevalência da doença crónica aumenta com a idade assim como a toma de medicamentos e de remédios, seguindo o padrão encontrado na região para a maior prescrição, em intenção de tratar, em ambulatório de Medicina Geral e Familiar⁽⁹⁴⁾.

Por tipo de freguesia, os mais idosos estão menos representados em freguesia predominantemente urbana e os mais novos em freguesia predominantemente rural.

Na análise por tipo de freguesia, verifica-se que a idade média é maior na residência em freguesia predominantemente rural, o mesmo se passando com o viver só. A formação académica é mais reduzida em freguesia predominantemente rural. Pela idade e contexto, é também em freguesia predominantemente rural que é declarado maior sofrimento de doença crónica, bem como correspondente toma de medicamentos ⁽⁹⁴⁾, sendo a freguesia mediantemente urbana aquela em que mais são consumidos remédios continuamente, fenómeno que pode dever-se a causas sociológicas múltiplas, como por exemplo a formação e a influência dos meios de comunicação ou da emergência social.

Por sexos, verifica-se estar mais expressa a mulher mais nova e o homem mais idoso, o que parece reflectir o conceito de que o homem, por razões várias, como o trabalho, a personalidade e a “masculinidade”, frequenta menos a consulta médica. Em comparação com o homem, a mulher vive mais «só», muitas vezes devido à viuvez, e tem maior formação académica. A mulher tende a pensar sofrer menos de doença crónica, tomando mais medicamentos e remédios. A distribuição por tipo de freguesia é semelhante.

Por esta descrição, verificamos ter sido colhida uma amostra que denota os factores sociológicos que tanto o Instituto Nacional de Estatística, como o Diagnóstico de Situação do Centro de Saúde já haviam descrito: população jovem, com formação académica média/superior, trabalhando sobretudo em serviços, vivendo predominantemente acompanhada. Como novos conhecimentos, percebemos que em termos de população há, maioritariamente, a consideração de não se sofrer de doença crónica, de não se encontrar muito medicalizada e de tomar poucos remédios, sendo certo que se trata de amostra frequentadora de um Centro de Saúde, desconhecendo-se outros valores para discussão.

A amostra reflecte o universo, pelo que a metodologia utilizada para a obtenção de informação de base populacional pela colheita da opinião parece apropriada. O receio inicialmente existente de que os idosos não se exprimissem foi ultrapassado, sendo assim de realçar a importância da informação sobre o trabalho, colocada junto aos locais de inscrição e a tarefa efectuada com os funcionários administrativos do Centro de Saúde para a entrega e a solicitação de resposta de todos aqueles a quem, segundo o protocolo, foram entregues questionários.

2.a) 2. Estatística inferencial na amostra

2.a) 2.1 – A idade

A utilização de estatística inferencial permitiu verificar que, quanto à idade, há diferença com significado estatístico entre:

- Família, sendo que quem vive só é mais idoso do que quem vive acompanhado;
- Género, sendo a mulher de idade média mais jovem;
- Sofrer de doença crónica, em que a idade média é mais elevada;
- Toma continuada de medicamentos, com idade média mais elevada para quem o faz;
- Toma continuada de «remédios», com idade mais elevada para quem os toma;
- Formação académica, com idade média mais baixa para os de maior formação académica;
- Actividade profissional, em que os activos têm idade média mais baixa;
- Freguesia de residência, que é mais baixa em ambiente urbano, sendo intermédia em ambiente mediantemente urbano e mais elevada em ambiente rural.

2.a) 2.2 – O género

Verificamos não haver diferenças com significado estatístico entre homem e mulher para nenhuma das variáveis utilizadas, sendo, no entanto que, entre sexos:

- Família: as mulheres a viverem mais sós;
- Sofrer de doença crónica, mais sentido pelo homem;
- Tomar medicamentos continuamente, mais realizado pela mulher;
- Tomar continuamente «remédios», mais respondido pela mulher;
- Formação académica básica, mais frequente no homem, por oposição à média/superior na mulher;
- Actividade profissional, com maior inactividade no homem e actividade na mulher;
- Freguesia de residência, com mais mulheres em freguesia urbana e homem em mediantemente urbana e predominantemente rural.

2.a) 2.3 – Grupo de formação académica

Quanto ao grupo de formação académica, verificamos haver diferença com significado estatístico entre:

- Sofrer de doença crónica, que é mais referido em formação básica e menos em formação média/superior;
- Grupo de actividade profissional, sendo maior a inactividade em formação básica;
- Freguesia de residência, com maior peso de formação média/superior em freguesia predominantemente urbana e maior peso de formação básica em freguesia predominantemente rural;
- Toma continuada de medicamentos, mais referida em formação básica;
- Toma continuada de «remédios», mais frequentemente relatada em formação básica.

2.a) 2.4 – Grupo de actividade profissional

Quanto ao grupo de actividade profissional, verificamos haver diferença com significado estatístico entre:

- Sofrer de doença crónica, mais frequente nos profissionalmente inactivos;
- Freguesia de residência em que, é sobretudo em freguesia predominantemente rural que há mais inactivos;
- Toma continuada de medicamentos, sobretudo no grupo profissional com inactividade.

E sem haver diferença com significado estatístico, entre:

- Toma contínua de «remédios», mais frequente no grupo profissionalmente inactivo.

2.b) A opinião sobre o que é um medicamento

Para caracterizar o que é um medicamento, construímos afirmações que permitissem determinar se um medicamento é algo de natural ou industrial, se é um composto e se é apenas pensado como algo para curar doenças ou melhorar a saúde, produzindo efeitos só por si e independentemente da ajuda que o paciente se deve prestar.

As respostas obtidas permitem verificar ser maioritária a opinião de que um medicamento não é um produto natural, sendo algo de construção laboratorial realizado em meio industrial, não produzível em casa, como um conjunto de parte activa e outras substâncias para administração ao organismo e que permite curar doenças ou melhorar a saúde. A amostra encontra-se dividida quanto à possibilidade da obtenção de resultados sem a ajuda do próprio, quando 40,8% dos respondentes afirmam concordar com a afirmação «é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!» e 41,5% não concorda, ficando 17,6% na resposta de «não sei». Este é um assunto que deve ser focado no contexto da relação médico/doente, e que advém da prática profissional segundo o que a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar e o Código Deontológico implicam (^{37, 62}).

O Decreto-Lei n.º 176/2006 (1) define «**medicamento**» como «toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas». Para que estas acções, ou para que muitas delas ocorram, existe uma forte base de causas sociodemográficas e educativas que levam à crença de que alguém, ou alguma matéria, vai poder curar ou controlar as queixas ou doenças, pelo que aqui encontramos campo largo para a necessidade da educação médica, no sentido de explicar como actuam os medicamentos e que implicações têm na saúde, bem como sobre a necessidade da correcção dos erros que alteram o contexto da utilização dos medicamentos como descrito em estudos científicos muito citados (^{13,14,15,51, 73,74,75}).

Parece haver assim uma clara ideia, no público, de que medicamento é algo que não será natural, mas sim artificial e resultado de processos industriais. E, de facto, a publicidade nos meios de comunicação social – escrita, falada ou televisionada – bem como os frequentes contactos com Delegados de Informação Médica pelo público, poderão induzir este tipo de percepção. É de 11,8% a frequência dos que julgam que o medicamento é um produto natural, ou o reflexo de uma aproximação ao que podemos encontrar na natureza, mas em quantidades não necessárias para o abastecimento de um mercado de medicamentos que é global.

A análise estatística inferencial realizada permite verificar que um medicamento é um produto natural, sobretudo para os residentes em freguesia predominantemente rural, onde a população é predominantemente não activa, mais idosa e de menor formação académica.

Para pessoas, como estas agora descritas, que foram vendo o medicamento aparecer em farmácias, estabelecimentos que na sua infância vendiam, entre outros, «medicamentos manipulados», «medicamentos magistrais» e «emplastros», pode haver tal opinião, enquanto que os mais novos, sempre vivendo com a actual organização do mercado, têm maior concordância com a industrialização do medicamento.

Possivelmente reflectindo a idade mais elevada daqueles que sofrem de doença crónica, e trazendo a idade menor formação académica, concordam menos com a afirmação de que o medicamento é um produto feito em laboratório os que sofrem de doença crónica. Para aqueles que tomam remédios, sobretudo residentes em freguesia medianamente urbana e com idade mais avançada, há diferença com significado estatístico ao julgarem menos que o medicamento é um produto feito em laboratório, em comparação com aqueles que não tomam remédios.

Sendo certo que o viver só está mais relacionado com a viuvez e que esta ocorre mais com a idade avançada, verificamos que quem vive só expressa menos ser o medicamento um preparado industrial. A afirmação de que o medicamento é um produto industrial cresce com a mais elevada formação académica. O mesmo acontece com a não toma contínua de medicamentos e remédios. Ou seja, quem não toma

medicamentos e remédios crê mais ser um medicamento um preparado industrial do que quem os toma. Este ambiente pode traduzir apenas falta de informação.

A concordância com a afirmação de que o medicamento é algo que não se pode fazer em casa é menor nos que têm menor formação académica e nos que tomam medicamentos. Já quanto à composição de uma formulação medicamentosa, é de referir que quem toma medicamentos e quem tem menor formação académica, concorda menos com a composição complexa dos medicamentos. Tal quererá por certo reflectir uma má informação sobre medicamentos, sendo que toma mais quem é mais idoso e tem menor formação académica.

Quanto às afirmações de que o medicamento é uma substância que cura doenças, melhora a saúde ou que produz resultados sem a ajuda do próprio, não verificamos diferenças com significado estatístico em função das variáveis estudadas.

Na análise factorial realizada para este capítulo, foi percebida a existência de dois componentes fundamentais que permitem explicar 47,9% da informação do capítulo, e que são:

(1) O medicamento não é um produto natural, o medicamento é um conjunto de parte activa e de outras substâncias para ser administrado ao organismo e que não produz efeitos sem a ajuda do próprio, e

(2) O medicamento é um produto feito em laboratório e que serve para melhorar a saúde.

Por tudo o que acima foi desenvolvido, pode dizer-se que a amostra tem um bom conhecimento sobre o que é um medicamento, apesar de se fazer sentir ainda alguma falta de informação, passível de colmatar com actividade de explicação do que é e para que serve o medicamento.

2.c) Motivos para tomar medicamentos

Através de um conjunto de onze afirmações estudámos o motivo – alívio de queixas, procurar sentir-se melhor e cura de doença – a fonte da indicação de tomar medicamentos e a motivação para a manutenção em terapêutica.

Encontrámos resultados que permitem pensar que, por ordem crescente de concordância, são referidos o alívio de queixas, a procura de se sentir bem e a cura de doença, estando a não concordância com a inversa ordem de motivos. Ou seja que parece ser mais julgado como motivo para tomar medicamentos a cura, e menos o alívio de queixas, ficando a sensação de bem-estar em plano intermédio. Tal pode estar em consonância com a evolução, já descrita na população portuguesa, da percepção das aquisições em saúde ⁽⁶³⁾. Se em tempos os medicamentos eram «mezinhas» caseiras que se destinavam ao alívio, tendo pouca credibilidade, o avanço dos processos diagnósticos médicos colocaram a indicação terapêutica num plano muito mais exacto, e daí a opinião dos inquiridos de que o motivo para a toma de medicamentos é fundamentalmente a cura de doença ⁽⁶⁰⁾.

Quanto à fonte de indicação para a toma de medicamentos, verificamos não serem os vizinhos, as revistas, a televisão ou a rádio fontes de informação, o que pode induzir o raciocínio de que a automedicação não será muito frequente e que as mais importantes fontes para a indução de medicação serão técnicas. Esta expressão reduzida deve ser pensada no contexto da aplicação deste questionário a utilizadores de Centro de Saúde, que têm, para este caso concreto, possibilidade de fácil contacto com a estrutura, seja com o seu «médico de família», seja com qualquer outro médico em consulta de suplecção, pois pelos meios informáticos é possível ter sempre acesso a todo o historial do doente, bem como ao histórico de medicação e de meios complementares de diagnóstico.

De facto os resultados apontam para tal, sendo de assinalar que são fundamentalmente tidos como motivos para tomar medicamentos a indicação por médico logo seguida de farmacêutico. A diferença de importância entre o motivo médico e farmacêutico pode talvez corroborar o facto acima suscitado de a automedicação não ser muito importante, neste contexto geográfico e de atendimento, sendo a utilização de

medicamentos essencialmente induzida por opinião de peritos. Há vários sítios a que os utilizadores de medicamentos podem aceder para informação como www.medicoassistente.com, www.portaldasaude.pt/portal, www.familydoctor.org, www.nhsdirect.nhs.uk e www.infarmed.pt. No entanto, muitos médicos, a pedido insistente do seus doentes e por uma simples questão de satisfação de pedido, acabam por prescrever medicamentos que definiremos de conforto, para a minimização, de queixas que não correspondem a quadros nosológicos definidos (^{95, 96}).

O motivo para a toma de medicamentos, e implicitamente também da manutenção em terapêutica, foi estudado com recurso a duas afirmações que, tendo tido opinião maioritariamente negativa, levam a pensar que, não sendo motivos para tomar medicamentos o «julgar que se os não tomar não melhora» e o «estar habituado», outras razões devem estar presentes. Ou seja, que parece haver uma intenção de racionalidade para tomar os medicamentos que pode residir na informação já obtida sobre o binómio doença ou queixas/terapêutica. No entanto, percebemos que são razões maioritariamente apontadas para a toma de medicamentos o alívio de queixas, a procura de se sentir bem e a cura de uma doença, particularmente por indicação de médico.

A análise inferencial permite verificar que a toma de medicamentos para a procura de se sentir bem se dá sobretudo entre os não-activos, em princípio mais idosos e com maior carga de doença crónica, e entre os que têm formação académica mais baixa e que são eventualmente menos integradores de informação sobre a fisiopatologia das doenças, mas também eventualmente mais dependentes da prescrição, por terem mais tempo para apresentar queixas ao frequentarem mais a consulta. O excesso de consumo de consultas por indivíduo utilizador, pode determinar, por mecanismo de saturação, prescrição, por vezes não necessária (^{17,48}).

A toma de medicamentos é sobretudo pensada para a cura de doença nos que têm formação académica mais elevada, o que está de acordo com uma lógica estruturada de resultado.

A televisão é, para os que vivem acompanhados, factor de indução terapêutica e a publicidade na rádio é-o para 2,2% dos que não sofrem de doença crónica, para os mais novos e para 2,4% dos activos. É preciso ter em conta a proporção dos que respondem

«não sei», que aqui podem ter respondido de uma forma equívoca ou ambivalente. No entanto, o valor da resposta «não», em relação à indução de toma de medicamentos pela publicidade na rádio, é sempre muito elevada.

A rádio parece assim ter campo para a passagem de mensagem, sendo aparentemente mais motivo de diferenças com significado estatístico e com maior impacte nos mais jovens, nos que não sofrem de doença crónica e nos activos, fruto talvez da facilidade de acompanhamento diário, do seu mais fácil uso, de não necessitar de se estar fixo num local para ouvir, dado que muitas pessoas precisam de deambular, e como tal o som pode ser importante companhia.

Ainda neste capítulo, e apesar da resposta global ser maioritariamente «não», o «julgar que se os não tomar não melhora» tem diferentes concordâncias em função das variáveis em estudo.

Assim, quem sofre de doença crónica tende a pensar mais que este é um motivo para tomar medicamentos do que quem não sofre de doença crónica, o mesmo sucedendo com quem refere que toma medicamentos continuamente; isto quer dizer que saber que se é doente e já estar medicado contribui para tomar medicamentos e manter-se em terapêutica. Esta afirmação tem aumento de concordância com o avançar da idade, e correspondente redução com o aumento da formação académica. Igualmente o grupo dos não-activos concorda mais com essa afirmação, assim como os residentes em freguesia predominantemente rural. Este ambiente de concordância permite pensar que a idade mais elevada, a formação académica mais baixa, o saber sofrer de doença crónica e o facto de já tomar medicamentos são razões para se manter em terapêutica, por julgar que se não forem tomados não há melhoria. Talvez intervenções como esta possam alterar o estado de coisas quando, dentro de alguns anos, os jovens de hoje sejam os idosos de então.

O estar habituado a tomar medicamentos não foi globalmente indicado como um dos motivos para tomar medicamentos. No entanto, quem sabe que sofre de doença crónica concorda mais com este motivo do que quem não sofre. O aumento da idade é mais uma vez factor de maior concordância, assim como o aumento da formação académica de

menor concordância. O não estar activo é factor de maior concordância, assim como a residência em freguesia predominantemente rural.

A indicação para a toma de medicamentos obteve maioritária concordância quando a sua realização é feita por médicos, seguida de farmacêuticos e de enfermeiros. Na análise inferencial, verificamos que, em freguesia predominantemente rural, o enfermeiro passa a assumir maior peso como factor de indicação para a toma de medicamentos, fruto de factores individuais, de estrutura ou mesmo de posicionamento deste elemento da equipa de saúde face aos frequentadores do Centro de Saúde.

É entre os não-activos, bem como entre os que habitam em freguesia predominantemente rural, que o farmacêutico é mais considerado como fonte de indicação para a toma de medicamentos, reflectindo maior contacto e eventual relação de confiança.

Este ambiente de respostas permite a pensar que:

- As razões para a toma de medicamentos prendem-se fundamentalmente com o sofrer de doença, a idade mais avançada – como já outros autores em Portugal descreveram (³⁶) –, o já estar medicado, a indicação de médico e a procura de alívio para queixas – sinais e sintomas.
- Os contextos publicitários têm diferenças, pois a rádio e a televisão têm diferentes públicos-alvo: aquela mais nos jovens e esta nos que vivem acompanhados.
- O contexto do local de residência tem importância quanto a fontes de informação para a toma de medicamentos, sendo em meios rurais mais valorizado o farmacêutico e o enfermeiro do que em meios urbanos.

Para o melhor resultado da terapêutica devem ser tidos em conta vários factores ligados ao acto da prescrição, como o número de medicamentos prescritos, a correcta explicação verbal e por escrito da dose e posologia (em horário e em número de vezes por unidade de tempo), para que o resultado em conhecimento e adesão e manutenção à terapêutica possa ser mantido (^{97, 98, 99}).

É também necessária a existência de trabalho de colaboração entre médico e farmacêutico para a vigilância da terapêutica, quer prescrita quer não sujeita a receita médica obrigatória, podendo ser encorajado o sistema da fidelização do doente ao médico e à farmácia, para obtenção de melhores resultados, em particular quando são tomados, em simultâneo, muitos medicamentos ⁽¹⁰⁰⁾. De igual modo os trabalhadores sociais que mais contactam com os doentes mais idosos, devem ser englobados nesta tarefa ⁽¹⁰¹⁾.

A idade, trazendo consigo a multipatologia e a polifarmácia, arrasta inevitavelmente as reacções adversas a medicamentos e a má utilização dos medicamentos, também no ambulatório, pelo que a revisão sistemática e a intervalos regulares de tempo da medicação pode ser uma boa estratégia para controlar e evitar problemas que possam surgir, apesar da melhor prática profissional de todos os envolvidos no processo terapêutico ⁽¹⁰²⁾, e por recomendação da Union Européenne des Médecins Omnipraticiens aprovada em Istambul em Outubro de 2005, traduzida para português e publicada na *Revista Portuguesa de Clínica Geral* ⁽¹⁰³⁾.

A análise factorial realizada permite verificar que quatro componentes explicam 68,1% da informação. São eles:

- (1) Não são motivos para tomar medicamentos a informação de vizinhos, revistas, televisão e rádio, no capítulo da informação;
- (2) A cura de doença sem que a informação seja devida a farmacêutico e enfermeiro para a toma e medicamentos;
- (3) Não são motivos para a toma de medicamentos o estar habituado e julgar que não há melhoria se não houver toma de medicamentos;
- (4) São motivos para tomar medicamentos o alívio de queixas – sinais e sintomas apresentados – e a procura de se sentir bem.

2.d) «Julgo que» ou o que sabem sobre farmacologia aqueles que tomam medicamentos

Este capítulo pretende medir o conhecimento acerca da actuação do medicamento no corpo, numa perspectiva eminentemente prática e popular. Assume-se que o melhor conhecimento pode potenciar a melhor utilização, e que a boa utilização pode potenciar melhores resultados. O conhecimento sobre o medicamento pode advir da leitura do folheto informativo contido em cada embalagem, por força legal (¹) e pode também ter como origem a informação passada em cada consulta pelos médicos prescritores numa atitude de ensino (^{32,33,43}).

As afirmações construídas e aplicadas destinam-se a medir conhecimentos sobre farmacodinâmica, farmacocinética, reacções adversas a medicamentos – na vertente física e psíquica – bem como sobre a ideia geral de como actua um medicamento.

Foram obtidas respostas que consubstanciam um mau conhecimento acerca da distribuição do medicamento no organismo, acerca da sua actuação sistémica e desconhecimento acerca da possibilidade de os medicamentos poderem ter actuação apenas a nível psíquico. Mesmo assim, e corroborando dados de anterior afirmação do capítulo 1, verifica-se que é reconhecido que, sem investimento individual, os medicamentos podem não ter os efeitos terapêuticos desejados, havendo a noção de que o medicamento não corrige os erros diariamente realizados.

Existe a noção de que os medicamentos são absorvidos, sendo fraco o conhecimento acerca da sua distribuição e metabolização para eliminação.

Já quanto à segurança, é reconhecido o facto de os medicamentos poderem desencadear reacções adversas, físicas ou outras, por não serem considerados completamente seguros.

Apenas 27,2% da amostra refere saber como um medicamento actua no organismo, na assumpção mais global do termo.

A análise inferencial realizada permite perceber que, quanto a saber se um medicamento actua em todo o corpo, quem toma medicamentos concorda menos com a não-actuação sistémica do medicamento o mesmo acontecendo para aqueles que têm maior formação académica o que não pode deixar de ser fonte de importante reflexão para os médicos no momento de passar informação de acordo com o receptor que se encontra consigo no contacto médico (^{32,33,43}).

Verifica-se ainda que, quanto ao medicamento apenas corrigir o que está errado no corpo, é quem vive acompanhado que tem melhor conhecimento, e que quanto maior é a formação melhor é o conhecimento. O ponto acima pode estar relacionado com necessidade de informação na consulta que, eventualmente para os que vivem sós – acima demonstrados como aqueles que mais estão sós - e mais frequentadores da consulta ainda não existe, talvez pelos múltiplos contactos tanto com o médico como com outros profissionais de saúde.

A questão inversa à da actuação do medicamento apenas em algumas partes do corpo é pior respondida pelos que têm menor formação académica.

A afirmação acerca da possibilidade de um medicamento apenas modificar o estado de humor apresenta estatística inferencial que suporta que, com o aumento da idade, tal é cada vez mais aceite, que o aumento da formação académica tende a reduzir a concordância com tal e que, em linha com o acima exposto, os que moram e freguesia predominantemente rural concordam mais com esta afirmação. Os factores determinantes destas respostas são talvez devidos à crença de que, para os meios mais urbanizados e para os elementos de maior formação na amostra, as funções cognitivas são de diferente carga até por muitas vezes os problemas surgirem de uma rotina stressante que não acontece tanto em meio predominantemente rural.

O aumento da formação académica traz consigo maior concordância com a distribuição e integração – absorção – do medicamento no corpo.

Por grupo de actividade – estar ou não profissionalmente activo – é maior a proporção de indivíduos activos que julgam ser o medicamento tratado para ser eliminado. Já para

o total das respostas verificamos que a percentagem de concordância com a afirmação é baixo, de 35,7%.

A correcção dos erros diariamente realizados através do uso de medicamentos tem a concordância de 16,2% dos respondentes, sendo assim quase residual. É de referir que esta pergunta tem marcado interesse no resultado final da terapêutica, em particular para patologias que dependam de correcção de estilos de vida. Os resultados para a análise das situações com diferença com significado permitem verificar que os que vivem só, os que têm menor formação académica, os que têm doença crónica e os que tomam remédios têm maior tendência a responder estar de acordo.

As respostas sugerem transferência de responsabilidade terapêutica para os medicamentos, podendo ser fonte de insucesso.

É quem tem menor formação académica que proporcionalmente mais concorda com a afirmação de que os medicamentos são completamente seguros. Logo, um factor educacional muito importante se levanta, com necessidade de se averiguar a sua eficácia na passagem de informação.

À afirmação «sei como um medicamento actua no organismo», no fundo uma forma sintética de tentar interpretar um conhecimento já perguntado por pequenos capítulos anteriormente, obtivemos resultados, que permitem verificar não existirem diferenças com significado

A análise factorial permite verificar serem aparentes dois componentes, a saber:

(1) Componente 1, em que se encontram as afirmações referentes a o medicamento não actuar em todo o corpo mas apenas em algumas partes, apenas corrigir o que se encontra errado e à absorção do medicamento após ingerido.

(2) Componente 2, em que se encontram as afirmações relativas a o medicamento não corrigir os erros feitos diariamente, a os medicamentos não serem completamente

seguros, não causando nunca problemas, não a saber como um medicamento actua no organismo e a não poder dar sensação de melhor disposição.

2.e) O valor económico dos medicamentos

Este capítulo foi estruturado para o conhecimento da opinião quanto ao valor relativo do medicamento como um mero produto de consumo, quanto ao relacionamento do paciente com uma receita médica, aqui se englobando valores absolutos sobre a receita, quanto a compras particulares em função de padrões financeiros ou de interesse pessoal, quanto à necessidade de aceder a medicamentos e ainda se tal necessidade de os tomar advém de uma opção racional motivada por uma explicação médica com decorrente aceitação.

Obtivemos resultados globais que permitem pensar que o medicamento não é tido como um mero produto de consumo, como o «pão», existindo consciência sobre a importância da ingestão de uma substância que, sendo modificadora de doença ou salvadora de vida, não assume o mesmo papel que os alimentos, ou que o valor corpóreo do medicamento não é o mesmo que o do alimento, pois o medicamento tem «razões» acrescentadas que o tornam diferente de um mero produto de consumo como o «pão». No entanto, para dez por cento dos respondentes, o medicamento é um mero produto de consumo. Só que, para esta afirmação em concreto, a essência económica do medicamento, tal como o «pão», tem preço e é temperada pela restrição de acesso, imposta ou aceite, tacitamente ou não, ao ser verificado desde cedo na vida, que os medicamentos estão do lado de dentro do balcão da farmácia e apenas acessíveis pelos técnicos ali em trabalho e pelo facto de que na parafarmácia não se encontram todos os medicamentos (^{1,19}).

Em capítulos anteriores deste trabalho, havia já sido demonstrado que não só existe desconhecimento sobre como o medicamento actua, como também sobre a possibilidade de os medicamentos poderem ter efeitos nocivos ao originarem reacções adversas, por não serem completamente seguros. Talvez também por estas razões, seja obtida maioria de não-concordância com a afirmação de que «consumiria mais medicamentos se estivessem no balcão de outras lojas que não a farmácia» e de «consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos». A aura da toma medicamentos

fundamentalmente por indicação de técnicos de saúde, com especial relevância para o médico, seguido da indicação pelo farmacêutico, pode ser a razão para tal, no contexto deste estudo.

Quanto ao relacionamento com uma receita médica, aqui se englobando valores absolutos sobre a receita e relativos quanto a particulares aquisições em função de padrões financeiros ou de interesse pessoal, verifica-se que, para 77,6%, há resposta concordante quanto à compra de todos os medicamentos prescritos, enquanto que 17,3% não concordam com esta afirmação. E que para 82,4% há não-concordância com a escolha dos medicamentos que são comprados por estes serem muito caros, enquanto 11,8% concordam com a realização dessa escolha em função do preço. Para 48,2%, há concordância com a afirmação de que comprem apenas os medicamentos para os problemas que mais os afligem, não concordando 47,4%.

Isto significa que 89,1% dos que afirmam comprar todos os medicamentos constantes da receita não concordam que escolham os medicamentos por serem caros, e que 56,4% dos que afirmam comprar todos os medicamentos receitados não concordam com a afirmação de que escolhem os medicamentos que comprem para os problemas que mais os afligem ou, visto de outro modo: dos que afirmam comprar todos os medicamentos receitados, 7,1% concordam com a afirmação de que escolhem os medicamentos que comprem por estes serem muito caros; e que, dos que afirmam comprar todos os medicamentos receitados, 40,8% concordam com a afirmação de que comprem apenas os medicamentos para os problemas que mais os afligem.

A discussão deste importante e quase nuclear problema resultante da consulta deve ter em conta não só o desencadeante da consulta – os sinais e sintomas do doente ^(82,83) – como o encontro de posições entre dois intervenientes para um resultado comum que, para cerca de 80% dos casos, é feito por uma receita ⁽²⁴⁾. Ora, a escolha de medicamentos a adquirir no balcão da farmácia é sinal de alguma forma de disfunção na consulta, pelo menos segundo o espírito de acordo que deve presidir ao contacto médico/doente.

Quanto à necessidade de aceder a medicamentos, advindo a necessidade de os tomar de uma opção racional motivada por uma explicação médica com decorrente aceitação,

obtivemos resultados que permitem verificar que 90,8% concordam com a afirmação da aceitação de tomar medicamentos após explicação do médico, enquanto 5,5% da amostra não concorda com esta afirmação. De facto, uma primeira explicação da patologia em linguagem perceptível, seguida da orientação para a terapêutica – eventualmente farmacológica – carecem de uma boa base de comunicação para que o resultado sobre a compreensão do porquê de tomar medicamentos seja correcta e também para que seja o próprio a perceber e aceitar as razões para tal ser feito com sua automotivação, quando outros meios terapêuticos e outras técnicas de abordagem à cura ou ao controlo do problema não possam ser realizados. Deve ser realçado que a atitude de iniciar terapêutica farmacológica depende em muito da informação passada pelo médico, do papel do paciente na consulta, das suposições que o médico tem acerca das necessidades do paciente e também da agenda deste, quando lhe é fornecida tecnologia terapêutica que pode aceitar com ou sem crítica (¹⁰⁴). Na realidade e em outros contextos de prática médica, foi percebido que o médico, em particular aquele que trabalha em ambiente de Cuidados de Saúde Primários, é o maior difusor de informação sobre medicamentos, em contraste com a Medicina Hospitalar ou Cuidados de Saúde Secundários, sendo de particular importância a idade e os recursos económicos disponíveis pelos pacientes, dado que quanto maior a idade e menores os recursos pior pode ser o resultado terapêutico (¹⁰⁵). Também, em contextos diferentes do português, há instruções claras aos médicos sobre como passar informação a pacientes, devendo haver obrigatória informação oral que garanta um adequado balanço entre o que de positivo e de perigoso podem os medicamentos trazer e oferecer, bem como sobre a necessidade de em alguns casos dever ser oferecida informação escrita, à parte a obrigatoriedade de, numa atitude comportamental cognitiva positiva, ser perguntado ao paciente se tem dúvidas acerca da prescrição (¹⁰⁶).

Quanto à expectativa de se ter sempre uma receita de medicamentos à saída de uma consulta, para 15,4% da amostra tal é real, enquanto que para 80,9% não existe concordância com a afirmação, sendo certo que, em ambiente de Consulta de ambulatório em Medicina Geral e Familiar, 25% das consultas não termina com a prescrição de tecnologia terapêutica farmacológica (^{24,25}). Estes resultados parecem querer centrar o contacto com médico numa órbita relacional em que a tecnologia farmacêutica pode ser dispensada, sendo o médico em si mesmo um agente terapêutico.

No capítulo da informação verifica-se que não haverá, neste contexto de prática profissional, demasiada medicalização da sociedade – será sempre mais fácil ter algo que julgamos que faz qualquer coisa por nós, a termos nós de nos esforçar, pois há imensas razões para tal ⁽³¹⁾ – bem como que haverá, em muitos casos, informação por médicos, acerca de medicamentos que não funcionam ou que são pura e simplesmente desaconselhados por nada trazerem de benéfico, mas que, no entanto, por comodidade são prescritos para que todos os intervenientes no contacto se sintam confortáveis com o resultado da consulta ⁽¹⁰⁷⁾.

A informação produz melhor conhecimento das opções e resultados, reduz as situações de conflito e melhora a participação dos pacientes sem aumentar a ansiedade. E tal informação, feita em folhetos, tem tão grande impacto como a realizada em vídeo, desde que se evitem situações de exclusão e se procure uma clara abrangência de público, e também desde que visualmente atractiva e simples de entender, devendo ser medido o seu impacto, para o que existem regras de escrita ⁽¹⁰⁸⁾. Tais regras estão também já padronizadas em 10 pontos, que devem ser cumpridos e que se adaptam tanto à linguagem escrita como à oral ⁽¹⁰⁹⁾ e que neste trabalho seguimos. Recente escrito do jornalista Miguel Sousa Tavares, em artigo de opinião no *Expresso* de 2 de Fevereiro de 2008 (p. 7, Caderno Principal), trata este assunto da terapêutica farmacológica, assumindo que haverá um certo tom de terrorismo social, desenvolvido pela indústria farmacêutica, quando são publicitadas doenças, assinalando-as como o grande problema, para depois vir oferecer publicamente as hipóteses terapêuticas, sem cuidar de saber dos impactos sociais e ambientais que tal pode vir a ter, impondo-se, assim, a Prevenção Quaternária ⁽⁵¹⁾.

De tudo o acima descrito para a visão globalística deste capítulo, fica a noção de que o medicamento:

- É um bem considerado diferente dos bens de consumo imediato cuja aquisição é desencadeada pela necessidade;
- É indicado por alguém, pode causar problemas e não é de todos conhecido seu mecanismo de acção.

Apesar de ser aceite a prescrição, após explicação da sua necessidade pelo médico, há mesmo assim a necessidade de ser pensado o problema financeiro para a sua aquisição e

a importância relativa da patologia, ou das queixas, a que se destina. Há então aqui mecanismos de autodeterminação do corpo individual em que, apesar da informação transmitida, a incorporação de uma tecnologia no corpo leva a pensar nas prioridades da finalidade – doença ou sinais e sintomas – para a sua ingestão. Tal parece significar a existência de uma agenda própria, oculta ou transparente, para acesso à consulta e à realização da terapêutica.

A análise inferencial revela que os mais idosos concordam mais com a afirmação de que o medicamento é uma mercadoria como o pão, talvez por deles estarem mais dependentes, por mais os consumirem e até por saberem bem o peso económico e financeiro mensal. A formação académica mais elevada leva a que o medicamento não seja tão pensado enquanto mercadoria. O sofrimento de doença crónica implica mais pensar o medicamento como mercadoria, porventura por dele se estar dependente e por ter de aceder continuamente a balcão de farmácia para a sua aquisição. Os não-ativos profissionalmente vêem o medicamento mais como uma mercadoria. É na residência em freguesia predominantemente rural que mais é pensado o medicamento como mercadoria. Podemos assim pensar que para algumas situações, de doença ou de estado social, o peso financeiro do medicamento é real.

O consumo de medicamentos seria maior se os medicamentos estivessem em outra loja que não a farmácia para aqueles que vivem acompanhados, manifestando maior desconhecimento sobre tal situação ou mesmo não respondendo os que vivem sós.

A questão financeira ligada à aquisição de medicamentos leva a que os que moram em freguesia predominantemente rural concordem mais com a afirmação de maior consumo de medicamentos se o seu preço fosse mais baixo, quer em valor absoluto, quer em valor relativo, via a comparticipação de terceiro pagador, o contrário acontecendo com aqueles que residem em freguesia predominantemente urbana.

A aquisição de todos os medicamentos prescritos na receita revela que à medida que a formação académica sobe, reduz-se o nível de aquisição. Há assim um fenómeno de maior escolha do que é comprado, o que não deixa de parecer paradoxal, pois assume-se que o maior nível intelectual deve originar maior exigência na comunicação. No entanto, os fenómenos de aquisição da afirmação do corpo são assim mesmo ⁽⁴¹⁾,

levando a maior consciência do «eu» ou a uma mais marcada auto-afirmação, em particular nos mais jovens.

A concordância com a escolha dos medicamentos a serem comprados, em função do seu preço e aceitação da necessidade de os tomar após explicação, não mostra diferenças com significado estatístico em função das variáveis consideradas.

A afirmação acerca de esperar ter sempre uma receita no final de um contacto com um médico revela que, com o aumento da idade, com a menor formação académica, com o padecimento de doença crónica, com o não ser activo, com a toma continuada de medicamento e com a residência em freguesia predominantemente rural, tal acontece mais, num ambiente assim propício à polifarmácia.

A análise factorial realizada permite verificar que os dois componentes extraídos permitem explicar 49,9% da informação obtida. Tais componentes são constituídos por:

- Componente 1: Após explicação da necessidade de tomar medicamentos, compra de todos os medicamentos receitados, não sendo sempre esperada uma receita numa consulta, e
- Componente 2: Não consumo de mais medicamentos mesmo que fossem mais baratos, sem critérios de escolha de medicamentos pois são caros, compra fundamentalmente dos medicamentos para os problemas que afligem.

2.f) A opinião acerca dos remédios

Definidos, arbitrariamente, remédios como o chá, o produto de ervanária, o tratamento de acupunctura ou o preparado caseiro tradicional, foi objectivo deste capítulo saber do seu consumo, da sua comparação em resultados, com os medicamentos e perceber da sua «toma» conjunta com medicamentos.

Foram utilizadas as terminologias acima por terem sido estas as mais predominantemente citadas quando, em trabalho de campo, foi feito inquérito acerca das alternativas terapêuticas que os utilizadores de Consulta de Medicina Geral e Familiar conheciam, enquanto eram apresentadas as suas definições.

Os resultados globais mostram que 47,1% da amostra concorda com a afirmação de já ter tomado remédios vendidos em ervanária, o que parece ser um valor elevado, sobretudo se tivermos em atenção as interacções que podem existir, farmacocinéticas ou farmacodinâmicas, colocando importantes problemas ⁽²³⁾ e que, para o caso das infusões, deixa de ser conhecida a posologia e a quantidade por dose. E ainda que, para alguns constituintes, podem surgir reacções alérgicas cutâneas e hepáticas como aconteceu em Abril de 2008 com o uso de *Depuralina*, levando à suspensão da comercialização pela Direcção Geral da Saúde e Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento ⁽¹¹⁰⁾.

Para 23,4% dos que afirmam já ter tomado remédios de «ervanária», há concordância com a afirmação de que este tipo de remédios é tão eficaz como os medicamentos. A importância deste resultado deve ser interpretada cuidadosamente, podendo significar algum crédito acerca deste tipo de fármacos, por factores como a menor expectativa perante a sua actividade e a ausência da cura com medicamentos entretanto utilizados, por nestes terem sido colocadas grandes expectativas.

É de 15,8% a frequência dos respondentes que afirmam já terem comprado remédios vendidos em outras lojas, e que destes 25,6% concordam com a afirmação de que tais remédios são tão eficazes como os medicamentos.

Há concordância com o acesso a acupunctura por 6,6% dos respondentes, referindo, 33,3% que a acupunctura é tão eficaz como os medicamentos. A acupunctura pode e deve ser olhada como terapêutica a utilizar em situações de indicações já discriminadas e não como mero adjuvante ^(78,79).

Os remédios de «medicina natural» foram já tomados por 24,3% da amostra concordando 43,9% dos 66 respondentes que são tão eficazes como os vendidos em farmácia. Mais uma vez, há afirmação de que este tipo de remédios não é tão eficaz como os medicamentos, para uma larga proporção de respondentes, o que significa algum descrédito, tendo sempre em mente que as respostas foram dadas por utilizadores de um Centro de Saúde, no qual há abertura a outras alternativas terapêuticas, mas onde é praticada medicina de carácter ocidental baseada na evidência.

Já houve toma simultânea de medicamentos e remédios por 21,0% da amostra. Não dispondo de resultados com os quais discutir os presentes, não se pode deixar de reflectir nos 47,1% de respondentes que afirmam já ter tomado medicamentos de erva, tanto pelo seu peso, como pelas implicações práticas que tal pode ter no resultado e na prática da Medicina. De facto, pouco sabemos hoje das vias de actuação deste tipo de substâncias químicas, bem como do seu processo de preparação, em particular, quando se trata de infusões ou de lixiviações, para as quais o tempo de preparação, a quantidade de produto activo e a dose a ser tomada são desconhecidas. Não estando em causa a valia destas terapêuticas, podemos apenas discutir a não existência de estudos científicos, credíveis de comparação. É certo que muitos dos medicamentos advêm de estudo químico de remédios, pelo que muito haverá ainda a aprender com o estudo dos remédios, em particular das plantas. E mesmo outros tipos de remédios, como a acupunctura, devem ser alvo de mais aprofundado estudo, pois o simples colocar de uma agulha numa parte do corpo desencadeia a libertação de mediadores químicos que podem facilitar ou comprometer acções de medicamentos. Devemos assumir que tudo o que é fisiológico no corpo, depende de alterações químicas endocelulares mediadas pela activação de receptores químicos, que vão modular toda uma cascata de acontecimentos fisiológicos, ou fisiopatológicos.

A toma simultânea de medicamentos e remédios mostra, em função da análise inferencial pelas variáveis consideradas, diferenças quanto ao tipo de família em que quem vive só mostra maior concordância com a afirmação de toma simultânea, e quanto ao sofrer de doença crónica em que, é quem sofre de tal que mais refere tomá-los em conjunto, o que pode significar uma maior procura do melhor-estar.

A vontade de tomar remédios – apesar dos receios médicos pelas razões acima apresentadas, e também pela mera descrença – pelos doentes deve levar os médicos a, pelo menos, tomarem a atitude de solicitarem ao paciente que:

Tenha, ou dê acesso às fórmulas ou composição dos remédios, tome remédios com apenas um componente e em doses moderadas e informe o médico acerca dos remédios

que está a tomar, bem como que relate casos em que julgue poder estar em causa evento adverso ⁽¹¹¹⁾, como no caso já acima relatado da *Depuralina* ⁽¹¹⁰⁾.

2.g) A representação cognitiva dos medicamentos e remédios

A representação cognitiva dos medicamentos e remédios foi avaliada pela aplicação do questionário *Beliefs about Medicines Questionnaire* ⁽⁵⁰⁾ que, com afirmações para resposta em escala de Lickert, avalia a necessidade de tomar medicamentos, a noção de dano pela sua toma e a utilização de medicamentos e remédios.

Os resultados obtidos globalmente permitem verificar, que para 37,6% da amostra, os médicos não receitam demasiados medicamentos, enquanto que para 32,4% tal acontece, havendo a noção de que, se houvesse mais tempo de contacto do médico com o doente, haveria menor prescrição de medicamentos para 51,3% dos respondentes, enquanto que 25,3% discorda de tal opinião. Para 51,3% da amostra, os médicos confiam demasiado nos medicamentos, o mesmo não o crendo 18,1% dos respondentes. Querem estes resultados dizer que os doentes apreciariam mais tempo com os médicos, sentindo que tal poderia levar a melhor esclarecimento mútuo e por tal a menos receituário, que existe fundamentalmente porque é julgado haver muita confiança dos médicos na actuação dos medicamentos.

Tal questionário tem ainda duas questões relativas à adesão à toma de medicamentos, em que se procura saber da noção de habituação e da necessidade de paragens regulares de sua toma. Percebemos que, para 35,5% da amostra, há necessidade de paragens regulares de toma de medicamento, contra 34,4% que o não julgam necessário e que é maioritária a opinião de que os medicamentos criam habituação, ao concordarem 63,3% com tal afirmação.

As questões quanto à segurança dos medicamentos são três, uma delas comparando a segurança entre medicamentos e remédios, em que é opinião mais prevalente que os remédios não são mais seguros que os medicamentos (40,3% a favor e 12,2% contra). Há depois maioritária discordância com a afirmação de que os medicamentos fazem

mais mal que bem (61,2%), e com a afirmação de que todos os medicamentos são venenos, com 56,0% a não concordarem com tal afirmação.

A concordância com estas afirmações significa que é necessário um esforço de informação na consulta e na prescrição e aviamento da receita, para que quem necessita da administração de uma terapêutica farmacológica o faça segundo os melhores princípios de cumprimento da dose, posologia e tempo necessário, sabendo dos riscos inerentes à toma. E significa também que deve ser explicado o mecanismo de actuação, para demonstrar a possibilidade do aparecimento de um fenómeno de habituação e de como este pode ser combatido. É reconhecida a segurança dos medicamentos, mesmo mais do que a dos remédios, sendo boa a cognição acerca de que os medicamentos fazem mais bem do que mal e de que igualmente não são venenos.

A análise inferencial realizada permite verificar que tem diferença estatística a distribuição de respostas por sexos, por toma continuada de medicamentos e por grupo de formação académica, para a afirmação de que os médicos receitam demasiados medicamentos, concordando mais o homem, quem tem maior formação académica e os respondentes que não tomam regularmente medicamentos.

«Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento por algum tempo de vez em quando» tem resposta com diferença na análise por sexos, estando o homem mais de acordo e a mulher em desacordo, o que pode significar que as mulheres já adquiriram mais o conhecimento do que seja seguir uma terapêutica continuada, talvez por mais recorrerem a consultas médicas.

«Os remédios são mais seguros que os medicamentos» tem respostas que mostram diferença com significado em função da toma continuada de medicamentos, mais em desacordo quem os toma continuamente e em função da actividade, discordando mais os não-activos, por princípio mais frequentadores da consulta médica, mas ao mesmo tempo mais conhecedores de outros factos de vida e de saberes ancestrais.

«Todos os medicamentos são venenos» tem diferença em função de viver só ou acompanhado, estando mais de acordo quem vive só e menos quem vive acompanhado – revelando um tom psíquico mais depressivo? –, concordando mais os que têm menor

formação académica e discordando mais quem tem mais elevada formação académica. Aqueles que sofrem de doença crónica e os que são activos profissionalmente também concordam mais com «todos os medicamentos são venenos».

É maioritária a opinião de que se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos entre aqueles que afirmam tomar continuamente remédios, sendo a opinião contrária mais frequente entre aqueles que os não tomam. Será que o tipo de consultas efectuadas em outros «formas» de actividade médica é semelhante? Será que há apenas uma rejeição aos medicamentos? Será a necessidade de atitudes mais paternalistas e mais explicativas pelo cuidador, factor importante nesta resposta? Apreciarão mais, os doentes, o lado professoral, quase de descobridor de doenças apenas pelo perscrutar? Não há neste estudo, dados que possam ajudar a responder a estas questões que certamente o estudo da agenda do doente, o tipo de consulta, o exame e o resultado do contacto ajudarão melhor a conhecer.

Há então que considerar questões relacionadas com o conhecimento acerca de medicamentos, que podem provir do contacto regular com o médico, que parece não ser o caso do homem mas sim da mulher, da idade, pelo maior contacto com o médico, sendo que a toma de remédios tem primordial interesse pela diferença de resposta intermédia «sem opinião» que é percentualmente mais importante entre os que não tomam remédios.

A análise factorial efectuada permitiu observar dois componentes que permitem explicar 50,9% da informação, e que são respectivamente:

(1) Dano causado pelo medicamento, sendo notório que os medicamentos não fazem mais mal do que bem, de que os medicamentos não são venenos e criam habituação.

(2) A prescrição de medicamentos, em que se expressam os fenómenos de recebimento de prescrição medicamentosa aquando de contacto com o médico, sendo julgado que os médicos não receitam demasiados medicamentos e que haveria menor prescrição se houvesse mais tempo de contacto entre o doente e o médico e que estes confiam demasiado nos medicamentos.

2.h) Podemos então sublinhar quanto a esta primeira fase do estudo que:

A inexistência de textos que reflectam sobre este tema em Portugal e em outros países torna difícil a discussão comparativa, podendo apenas realizar-se uma aproximação crítica aos resultados. Estes deixam transparecer que a hipótese nula se não confirmava parcialmente, e que se tornava agora necessário realizar trabalho aturado e intenso de formação/informação junto do público, no sentido de tentar corrigir matérias em que as respostas eram piores que o esperado. Quanto à representação cognitiva dos medicamentos, os resultados encontrados não foram substancialmente diferentes dos observados noutros ambientes, como a Suécia, na comparação entre as noções acima tratadas entre farmacêuticos e público em geral, em que é notória a maior preocupação dos doentes com a possibilidade de os medicamentos fazerem mal ou não terem resultados, ao passo que os farmacêuticos estão mais preocupados com a sobre-utilização de medicamentos, o que levou à conclusão de que, em muitos casos, a falta de adesão à terapêutica se deve à tomada de decisões não informadas dos pacientes ⁽¹¹²⁾. Este assunto levanta-nos a questão do tipo de prática profissional que, pelo menos para a Medicina Geral e Familiar é hoje em dia defendido que deve haver uma evolução de uma atitude paternalista para uma atitude de respeito pelo doente como pessoa livre, atitude esta que é baseada no respeito da relação médico/doente ⁽¹¹³⁾ e em que valores como a informação, a partilha e a decisão conjunta são fundamentais, tendo em conta os objectivos de ambos, cientificamente e moralmente ⁽¹¹⁴⁾.

Sendo valores transversais na sociedade médica portuguesa a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a vulnerabilidade, os contextos populacionais socioeconómicos – ruralidade *versus* urbanidade, formação académica, idade, agenda de problemas e expectativas do doente, condicionantes económicas e familiares – em que e com que os médicos trabalham, colocam-lhes diariamente conflitos interiores e exteriores importantes, que devem resolver e que podem envolver terceiros, nomeadamente na indução de custos com medicamentos para terapêutica efectiva ou de conforto ^(113, 114, 115).

Porém, podemos perceber que em outros contextos é fundamental a informação/formação realizada a cada indivíduo pelo seu médico prescriptor, que acaba

por ser, de facto, a fonte de informação sobre medicamentos, como ficou percebido através de um estudo neo-zelandês (¹¹⁶). A preocupação com a não adesão, ou não cumprimento das terapêuticas, pelos pacientes, podendo resultar em fracos resultados pela terapêutica farmacológica, apesar das elevadas somas financeiras investidas por terceiros pagadores nos medicamentos, deu origem a relatório sobre como elaborar intervenção formativa (¹¹⁷). A comunicação para a mais adequada terapêutica deve ser bidireccional, pois é importante que o médico possa ser intérprete das assumpções que são expressas pelo paciente, podendo assim melhorar a informação para um melhor resultado (¹¹⁸).

Ou seja, continuamos a ver reflectida, insistentemente, a questão da informação, sem que tenha até agora sido questionado, do lado do paciente que tem de tomar medicamentos, o que sobre eles sabe, sendo certo que o custo da terapêutica é importante para a adesão e manutenção, particularmente para os mais idosos e para as terapêuticas de longa duração, como foi relatado no Brasil (¹¹⁹).

Em contexto populacional de 1988, os problemas éticos colocados na consulta pelo paciente podiam resumir-se, em 21% das consultas em ambiente ambulatório, por ordem de frequência decrescente a custos de cuidados, a factores psicológicos para a escolha, a competência e capacidade de escolher, a recusa de tratamento e falta de consentimento informado (¹²⁰). De então para cá, com a crescente informação pelos meios de comunicação social que formatam a «vida» das sociedades, com a crescente auto-affirmação de direitos, com a cada vez mais marcada idade da população, com as exigências diárias a aumentarem, com os problemas sociais de trabalho e de crise económica, com a cada vez mais marcada preocupação com a saúde, como terá esta situação evoluído? Podemos apenas responder parcelarmente com dados deste trabalho que o consentimento informado parece ser maioritário, e que a falta de conhecimento sobre a tecnologia medicamentosa farmacológica é real.

Segundo estudos metodologicamente exemplares e apresentados em Conferência Nacional de Economia da Saúde, Edições IX e X, elaborados para o total nacional de Portugal, particularizando-o por regiões, é muito elevado, em valor e volume, o desperdício com medicamentos, situando-se em 4,44€ por medicamento, leia-se caixa de medicamento, representando o co-financiamento do Serviço Nacional de Saúde

60,4% do total dos encargos desperdiçados (¹²¹). Também por classes terapêuticas é verificável elevado valor de desperdício em analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides, e em anti-histamínicos e antibióticos (¹²²). Ainda segundo o Relatório de Actividades de 2006 da *Valor Med* (www.valormed.pt), entidade creditada para a recolha e tratamento de resíduos de medicamentos, foram recolhidas 578 toneladas em 2006 e 471 toneladas em 2005, o que significa um acréscimo de 22,7%, apesar de, na passagem de 2005 para 2006, o número de farmácias aderentes ter subido de 2709 para 2744 (+1,3%). E deve ser discutido se tal se deve a excesso de prescrição, a falta de adesão à terapêutica ou a factores outros como a má dimensão da embalagem é assunto .

Assim sendo, este estudo pode significar um contributo para a redução deste colossal desperdício, ao perceber a importância de melhorar a informação sobre a terapêutica farmacológica, criando uma cultura de responsabilidade para a indicação terapêutica, aceitação da necessidade de terapêutica e sua realização plena. Acrescentamos que tal deve ser feito de forma diferenciada em função dos contextos dos pacientes individuais.

2.i) Recapitulação de resultados da primeira fase

Em 272 inquiridos, com uma idade média de 48,5 anos, 31,6% entre os 16 e 35 anos, 22,3% entre os 36 e os 50 anos, 25,3% entre os 51 e os 65 anos e 20,8% com mais que 65 anos, vivem sós 9,3% dos respondentes, são homens 30,2% e têm formação básica 52,2%.

Admitem sofrer de doença crónica 31,1% dos inquiridos e são activos 60,0%.

Definindo-se **medicamento** como o que os médicos receitam e **remédio** como o chá, o produto que se compra na erva-nária, o tratamento de acupunctura, o que lhe dizem para tomar médicos de outras medicinas ou aquilo que prepara em casa segundo receita que lhe deram ou de que soube e «toma contínua de medicamentos ou remédios continuamente» como a sua ingestão diária, afirmam tomar medicamentos continuamente 52,0% e remédios continuamente 16,2% dos respondentes.

De um total de população residente maioritariamente em freguesia predominantemente urbana (74,7%), recolhemos uma amostra em que 16,2% mora em freguesia predominantemente rural e 65,4% em freguesia predominantemente urbana.

Os resultados obtidos permitem pensar que há a noção de que o medicamento:

- É um produto artificial, não natural e feito em laboratório industrial, constituído por substância activa e excipientes;
- É uma substância que serve para curar doenças e melhorar a saúde;
- Que, para 40,8% dos inquiridos, o medicamento pode produzir resultados sem ajuda do próprio.

São motivos para tomar medicamentos:

- O alívio de queixas (sintomas e sinais), a cura de doença e a procura de se sentir bem (melhoria da qualidade de vida);
- O autoconvencimento de que se não os tomar não melhora e o estar habituado são menos valorizados;
- A indicação médica é a principal fonte de indicação para a toma de medicamentos;
- O aconselhamento de enfermeiros e farmacêuticos não é maioritariamente considerado como motivo para tomar medicamentos;
- A indicação por vizinhos e a publicidade em rádios, jornais, televisão não é valorizada como fonte de informação para a toma de medicamentos.

São conhecimentos acerca de como os medicamentos actuam no organismo e o que este faz aos medicamentos (farmacodinâmica e farmacocinética):

- Não actuação do medicamento em todo o organismo, julgando-se que actua apenas em algumas partes;
- Correção apenas de funções fisiológicas alteradas;
- Que o medicamento não pode apenas dar sensação de melhor estar psíquico;
- Que o medicamento é absorvido pelo organismo mas que é desconhecido que seja tratado para poder ser eliminado do corpo;
- Que o medicamento não corrige os erros diários;
- Que o medicamento pode causar reacções adversas físicas e psicológicas;

- Que os consumidores de fármacos não sabem como estes actuam no organismo.

Que quanto a medicamentos e economia:

- O medicamento não é entendido como uma mercadoria tal como o pão;
- Os medicamentos não seriam mais consumidos se estivessem fisicamente mais acessíveis – localização em loja e preço mais baixo;
- Os consumidores não compram todos os medicamentos prescritos pelos médicos; o problema de saúde sentido como mais importante pode determinar a aquisição preferencial; a compra não é influenciada pelo respectivo preço;
- A aceitação de tomar medicamentos advém de uma explicação por médico, não sendo esperado que todas as consultas resultem em prescrição.

Os remédios já foram acedidos por cerca de 16,2% da amostra, sendo os de ervanária os mais acedidos e considerados mais eficazes que os medicamentos, para 47,1% destes. A acupuntura foi já experimentada por cerca de 7% da amostra, sendo considerada mais eficaz que os medicamentos, a «medicina natural» foi também já experimentada por 24,3% dos inquiridos e com resultados superiores aos dos medicamentos.

É de 80,9% a frequência relativa dos inquiridos que tomam continuamente medicamentos e já tomaram remédios, e de 25,2% a dos que tomam continuamente remédios e que tomam medicamentos.

E ainda, que, quanto a medicamentos:

- Os médicos não receitam demasiados medicamentos (37,6% contra 32,4%);
- Quem toma medicamentos não deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando (35,5% contra 34,4%);
- A maior parte dos medicamentos cria habituação (63,3%);
- Os remédios não são mais seguros que os medicamentos (40,3%);
- Os medicamentos não fazem mais mal do que bem (61,2%);
- Todos os medicamentos são venenos (56,0% discorda desta afirmação);
- Os médicos confiam demasiado nos medicamentos para 51,3%;
- Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos para 51,3%.

3 – Ficando assim percebidas quais as áreas em que deveria haver intervenção formativa e informativa, foi feito contacto com jornalistas e desenvolvida a campanha.

Era intenção do protocolo deste estudo ser a fase de intervenção realizada em parcerias a estabelecer dentro da comunidade científica da Universidade de Coimbra e de outras de Ensino Médio/Superior de Coimbra, nomeadamente a licenciatura em Jornalismo e a licenciatura em Design Gráfico, em ambos os casos com actividades científicas de estudo. Mas os contactos não conseguiram, infelizmente, o resultado desejado, pelo que houve que aceder a formas alternativas e igualmente credíveis, mas mais práticas e céleres, de fazer as tarefas necessárias.

Assim, foi feita a análise por jornalistas, cuja actividade principal se foca na saúde, do texto de conclusões que lhes foi enviado, pelo autor, consistindo num resumo estruturado e sinóptico da primeira fase do estudo. De tal texto foram extraídas então as principais «mensagens de retrato» do que, quanto à hipótese nula formulada, pior resultado se tinha obtido na primeira fase do estudo. Não tendo sido realizado estudo de campo quanto ao impacte imediato das «frases», fica, no entanto, a perspectiva de que, dada a formação e a argúcia para a comunicação de massas dos jornalistas, as frases construídas tenham sido as mais adaptadas.

Contratada uma empresa de design gráfico, foram então realizados três cartazes, cada um de sua cor – ver Anexo II – que foram distribuídos e afixados em farmácias, juntas de freguesia e por toda a estrutura do Centro de Saúde (sede e extensões) para que a mensagem fosse captada. Para este trabalho de publicitação estática, foram feitos os necessários pedidos a todas as entidades, e realizadas reuniões para informação. Foi definido o ponto de mostra como aquele de imediato e fácil acesso à entrada do local de informação, e ficou igualmente definido que, quanto às farmácias, toda e qualquer dúvida fosse esclarecida tecnicamente, ficando os contactos do Investigador sempre disponíveis. Foi igualmente solicitado aos médicos e aos enfermeiros do Centro de Saúde que fossem fazendo apelo aos utilizadores para que lessem os cartazes. Ou seja, houve empenho em que o maior número de pessoas fosse exposta a fonte de informação/formação.

Igualmente neste processo de alteração do conhecimento acerca dos medicamentos foi realizado trabalho de intervenção junto do grande público, e, por inerência do universo dos residentes na área de influência do Centro de Saúde, em jornais e em rádios.

Assim, e dado haver uma parceria entre o Centro de Saúde e o jornal diário *As Beiras* foram publicadas três colunas acerca do tema com os títulos «O medicamento: porquê, para quê e como?» em 21 de Janeiro de 2008, «O medicamento: onde actua?» no dia 28 de Janeiro de 2008 e «Medicamentos: E depois de tomados...», em 4 de Fevereiro de 2008. Já anteriormente haviam sido publicados outros textos de opinião e informação, versando temáticas de saúde com especial enfoque na relação dos utilizadores com o sistema de saúde e com as tecnologias terapêuticas, todos referidos no Anexo II. Apesar de no final dos textos ser dado o contacto para comunicação, não obtivemos qualquer opinião escrita, e apenas essas teriam contado para fim de documentação.

Foram ainda a este tipo de informação – a escrita – dadas entrevistas ao jornal *Diário de Coimbra*, publicada em 10 de Fevereiro de 2008, ao *Campeão das Províncias* e ao *As Beiras*. As duas primeiras entidades publicaram as referidas entrevistas, mas a última optou pela sua não publicação (Anexo II).

Quanto ao jornalismo falado, foram dadas entrevistas à *Rádio Clube do Centro*, emitida em directo no dia 11 de Janeiro, retransmitida no dia 12 de Janeiro e várias vezes depois ao longo da semana, à *Rádio Regional do Centro*, gravada em 2 de Fevereiro e emitida em compacto e em pequenas intervenções, e à *Rádiatelevisão Portuguesa*, emitida no dia 26 de Fevereiro no *Jornal da Tarde* às 13 horas e 12 minutos, sendo repetida no mesmo dia no programa diário *Regiões* e no sábado, dia 1 de Março, no *Jornal da Dois*.

Por fim, foram feitos *flyers* dos cartazes, na versão combo-articulada, na quantidade de 1500, que foram distribuídos em todas as estruturas do Centro de Saúde a partir do dia 20 de Fevereiro.

Toda esta actividade foi suspensa em 21 de Março, seguindo-se-lhe nova pesquisa de opinião, em que se procurou medir não a qualidade da intervenção, mas o seu impacte.

Toda esta intervenção, feita a título individual e suportada pelo autor, com recurso apenas aos contactos estabelecidos pelo próprio, sem possibilidade de marcada exposição que outros meios de comunicação de massas poderiam dar como *outdoors* e *muppies* e sem uma mais marcada mediatização, como a que foi tentada com a Radiodifusão Portuguesa, mas teve a possibilidade de intervir numa região geográfica limitada, como aquela em estudo.

4 – A fase pós-intervenção

A dinâmica da Medicina Geral e Familiar implica um trabalho tanto quanto possível programado, sendo também atendidos em forma de consulta sem agendamento todos os casos de doença aguda. Por tal, é possível que muitos daqueles que viram fontes de formação/informação não tenham sido inquiridos em segundo tempo ⁽³⁷⁾. Há, de facto, linhas de orientação para patologias várias, como a hipertensão arterial ⁽¹³⁾ e a doença cardiovascular, na qual se inclui a diabetes, e que sugerem consultas mais espaçadas quando haja controlo da situação numa perspectiva da rentabilização de recursos e de responsabilização do próprio ⁽¹²³⁾.

Também, por si, o curto tempo de colheita de população para entrega de questionário, que, respondido, determinou a amostra, pode de alguma forma ter ditado resultados, por contingências da metodologia adoptada.

Esta segunda fase não pretendia medir a qualidade da intervenção em si, mas sobretudo a possibilidade de, em termos populacionais, poder haver modificação de conhecimentos e atitudes em função do contacto com meios de comunicação escrita, falada, ou mesmo televisada. Fruto deste tipo de trabalho será, porventura, a criação de um blogue do Centro de Saúde de Eiras que abriu em 21 de Maio de 2008.

4.1 – A amostra

4.1.1 – Comparação entre as amostras dos dois tempos do estudo

Obtivemos uma amostra que representa 54,4% da população em estudo (n=780), tendo 44,1% dos respondentes tido contacto com pelo menos uma das formas de intervenção formativa/informativa. Em função do estudo realizado à população deste segundo tempo de estudo, podemos dizer que, por sexo, idade média e local de trabalho do médico a amostra se aproxima muito da população.

A forma mais citada de comunicação foi a dos folhetos, que estavam colocados em salas de espera e gabinetes médicos e de enfermagem, e que não foram distribuídos fora da

estrutura física do Centro de Saúde. O facto de ter sido esta a forma de informação mais acedida implica pensar na sua importância e ter em consideração regras básicas da sua construção, tanto na forma como no conteúdo, lembrando, ao mesmo tempo, princípios éticos importantíssimos (^{62, 104, 106, 108}).

As características epidemiológicas da amostra colhida após a intervenção não são diferentes da amostra da primeira fase, com excepção de:

- Distribuição por freguesia de residência. No entanto, quando é analisada a distribuição populacional pelo tipo de freguesia em que o médico trabalha, e à qual a amostra se desloca, então verificamos não haver diferença entre ambas as amostras. De realçar que, por coerência do estudo, realizámos a análise estatística pelo tipo de freguesia onde o médico trabalha, por razões como o acesso a estruturas conexas (Centro de Saúde, farmácia e Junta de Freguesia) e a unidade de trabalho (a quantidade de questionários por médico).
- Toma continuada de medicamentos. É mais frequente na segunda amostra com 60,5% contra 52,0% na primeira fase.

Podemos assumir que o diferente número de afirmações dos dois questionários podem ter determinado tal diferença na proporção de respostas, tendo-se conseguido amostra de maior tamanho no segundo tempo.

O facto de as amostras não apresentarem diferenças nas variáveis estudadas não invalida a existência de diferenças intrínsecas nas qualidades individuais dos constituintes das amostras. A idade obriga, mesmo assim, a pensar como melhor fazer formação.

4.1.2 – Comparação da amostra do segundo tempo do estudo em função do acesso à intervenção.

Ao verificarmos que 38,5% dos que tiveram acesso a intervenção afirmam melhoria de conhecimento, podemos discutir a valia da intervenção. De facto, não temos conhecimento de outros trabalhos com este âmbito temático que apresentem resultados após intervenção. Tal não significa que não haja outros trabalhos que reflectam sobre áreas acessórias (^{116, 117}), e que os não possa haver sobre a nossa área. A extensão do conhecimento e a largueza de pesquisa com os actuais meios de informação torna

possível o acesso à maioria das fontes primárias, secundárias ou terciárias. No nosso trabalho de pesquisa, porém, não os encontramos, apesar de termos também recorrido a bibliotecas universitárias em Coimbra e à ajuda de peritos em pesquisa bibliográfica.

No entanto, e assumindo o papel da avaliação como o de um mecanismo de informação sobre o processo de aprendizagem, não tendo no nosso caso sido colocadas metas definidas, nem colocadas normas ou critérios, podemos apenas referir que o aumento da proporção de respondentes parece ser importante sobretudo por haver diferença com significado estatístico entre os grupos com intervenção e sem intervenção, para a modificação de conhecimentos e atitudes, que no grupo que não contactou com a formação/informação teve um resultado de 8,9%.

A não modificação de conhecimentos, semelhante em ambos os grupos com e sem intervenção, não pode ser alvo de discussão por os indivíduos ou já saberem o que lhes foi transmitido ou por não a julgarem importante, ou mesmo por não a terem retido, apesar de com ela terem tido contacto.

Apenas procurámos avaliar um impacto genérico de modificação de conhecimento, não tendo sido feita qualquer avaliação pormenorizada em função das matérias transmitidas e, neste aspecto, trata-se apenas de uma auto-avaliação da amostra.

Não é diferente a distribuição das variáveis medidas nos grupos que tiveram ou não intervenção, excepto na formação académica, em que no grupo de maior formação académica há maior frequência de contacto com a intervenção. Tal pode ser interpretado como uma maior capacidade de atenção ao meio por parte de quem tem acesso a informação e a utiliza, pois não encontramos diferenças quanto às outras variáveis. Esta constatação deve colocar, a todos aqueles que lidam com estes assuntos, a importância de saber transmitir e de saber enfatizar o importante, em pessoas com mais baixa formação académica ou cujas formas de aprendizagem podem ser diferentes. Este aspecto da educação para a saúde, realizada em ambiente de Cuidados de Saúde Primários numa atitude de Medicina Preventiva, deverá ser medido, por desempenhar papel fulcral (^{37, 43, 48, 108, 113, 114, 115}), pelo que a necessidade de clareza de transmissão de conhecimentos e de passagem de objectivos estratégicos a atingir por cada um, deve ser realizado (¹²⁴). Mais uma vez se ressalva a qualidade intrínseca de cada um dos constituintes das amostras.

4.1.3 – Diferenças em virtude de ter havido resposta em ambos os tempos

Na amostra de 435 elementos, 24 não nos informaram sobre terem respondido a anterior questionário; 105 dos respondentes (14,9%) afirmam tê-lo feito. Também neste tipo de análise não encontramos diferenças entre as duas amostras, pelo que a assumpção é de que também para este aspecto os resultados obtidos nas questões em estudo não dependem de tipos particulares de elementos na amostra, ressalvada a qualidade intrínseca de cada um dos constituintes das amostras.

4.1.4 – Os resultados por afirmação em função da fase do estudo

Sabendo-se que as amostras das duas fases do estudo têm as diferenças acima assinaladas, e ressalvada a qualidade intrínseca de cada um dos constituintes das amostras, verificamos uma melhor resposta no segundo tempo do estudo, com apenas uma excepção, havendo diferença com significado estatístico para três afirmações.

Para a afirmação «um medicamento é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!» o tom geral, apesar de não haver significado estatístico, é de melhoria com menor proporção de resposta «sim» e maior resposta de «não», o que significa uma boa aquisição de conhecimentos. Parece assim estar a interiorizar-se a ideia de que o resultado da terapêutica farmacológica não depende exclusivamente da actividade química, sendo necessárias outras condicionantes para a efectividade, sobre as quais nos debruçámos já.

Também sem significado estatístico entre ambos os tempos de estudo, verifica-se que o facto de um medicamento actuar no corpo todo, em vez de apenas só em algumas partes, eventualmente as doentes, passou a ser a mais frequente resposta no segundo tempo. Ao mesmo tempo houve redução na resposta de negação de actuação em todo o corpo.

Igualmente sem diferença com significado estatístico, mas com melhoria de resposta, o facto de um medicamento corrigir apenas o que está errado no corpo, passou a ter melhor conhecimento, ao aumentar a proporção dos que no segundo tempo respondem

«não», e ao reduzir-se a dos que respondem «sim», em comparação com o primeiro tempo.

Afirmção em espelho quanto a uma outra anterior, também sem diferença com significado estatístico na diferença entre ambos os tempos, mostra passar a ser respondido em maior proporção «não» que o medicamento apenas actua em algumas partes do corpo e em menor proporção que «sim», o que permite pensar em melhor conhecimento sobre a actuação do medicamento, o que pode ajudar a outras futuras explicações acerca do mecanismo de actuação do medicamento. Apesar da evidente melhoria, parece muito ainda haver a fazer para melhorar este particular conhecimento.

Já a actuação dos medicamentos destinados a alterar funções psíquicas parece não ser bem percebida, pois, de uma fase para a outra, os resultados pioraram ao reduzir-se a proporção dos que julgam que tal é possível, bem como a dos que não concordam com a afirmação. Assim sendo, é necessário maior cuidado e informação acerca deste tipo de medicamentos. Também para esta afirmação não encontramos diferença com significado estatístico na distribuição das respostas em função do tempo do estudo.

Ao analisarmos as respostas às afirmações relativas aos conhecimentos sobre farmacocinética e farmacodinâmica, verificamos que o conhecimento sobre absorção, distribuição no corpo e metabolização melhoraram, apesar de o terem feito também sem significado estatístico. As respostas sugerem a necessidade de incrementar o ensino sobre as matérias para propiciar a adesão à correcta toma de medicamentos, que é de fundamental importância para o sucesso de um processo terapêutico.

O conhecimento de como o medicamento actua no organismo passou a ter respostas que, na comparação entre ambos os tempos do estudo, determinam significado estatístico. Nota-se acentuada redução no desconhecimento e incremento no conhecimento.

Igualmente com significado estatístico verificamos que na aquisição de medicamentos passa a haver, da primeira para a segunda fase, maior concordância com a aquisição de todos os medicamentos prescritos. Este resultado pode significar um avanço substancial no plano terapêutico, se acreditarmos que a terapêutica farmacológica é definida por um

médico que a explica a um paciente que, por sua vez, a aceita e que, para a pôr em prática, a adquire.

Sem significado estatístico na distribuição de respostas entre ambos os tempos, a questão económica/financeira ligada à aquisição do medicamento em ambos os tempos de aplicação do questionário permite pensar que passou a haver menor escolha dos medicamentos a adquirir, em função do preço, o que traz ao médico a responsabilidade de criteriosa definição dos objectivos a atingir e dos meios para o conseguir, bem como ao paciente de os cumprir.

A agenda do paciente para acesso a terapêutica influencia a compra de medicamentos quando há várias terapêuticas farmacológicas prescritas. Os resultados obtidos em ambos os tempos de estudo mostram um crescimento do estar de acordo e do não estar, do primeiro para o segundo tempo, com a compra dos medicamentos para os problemas que mais afligem o doente. Se este fenómeno se deve a que a prescrição médica se dirigiu às patologias que mais afligem o paciente é matéria em relação à qual não podemos dar resposta. O tom geral das respostas ao questionário leva a pensar haver um claro ganho na compra dos medicamentos por redução de escrutínio individual. Resta agora saber se tal escrutínio foi feito pela apresentação das queixas na consulta, ou se é feito apenas no balcão da farmácia. Ou seja, que necessitamos de obter conhecimento sobre a agenda terapêutica própria do paciente.

Que os médicos não receitam medicamentos a mais, é uma marca que fica da primeira para a segunda fase do questionário. Se havia acordo com o excesso de prescrição por médicos para 32,3% na primeira fase, já na segunda tal acordo se dá para 26,7%, crescendo o desacordo de 37,6% para 42,9%, sem significado estatístico. Em linha com a resposta a anteriores afirmações, parece haver consciência de que o trabalho prescricional dos médicos é criterioso e cuidado.

A terapêutica de longa duração para correcção de alterações crónicas deve ser realizada pelo tempo suficiente e em proporções correctas para os objectivos pretendidos, tendo em conta questões farmacocinéticas, farmacodinâmicas e de controlo metabólico o que leva a pensar que só critérios médicos devem ditar a sua suspensão e que o abandono, mesmo transitório, origina não obtenção de objectivos. Os resultados obtidos permitem

pensar que há melhoria no conhecimento do não abandono da terapêutica regularmente, ao perceber-se que da primeira parte do estudo para a segunda aumenta a discordância e reduz-se a concordância com o paragem da terapêutica.

O fenómeno da taquifilaxia tem características próprias e deve ser bem documentado para que se diga que existe. Para os leigos, tal traduz-se por habituação a medicamentos, podendo ter várias causas como o não cumprimento de doses, a não adesão a esquemas higieno-dietéticos ou mesmo de «habituação» a tomar medicamentos, em particular para as patologias de carácter psíquico ou psiquiátrico. As respostas obtidas permitem verificar que também neste capítulo há melhoria do ambiente de discordância da criação de habituação, a passar de 26,7% para 19,3%, com a concordância a passar de 63,3% para 63,7% entre os primeiro e o segundo tempos de estudo, sem significado estatístico.

Podemos assim interpretar os resultados globais obtidos nesta segunda fase como de melhoria que pode ainda ser potenciada, caso se consiga estabelecer um «combo» de vontades e dinâmicas, que passam por um projecto de integração informativa de todos os intervenientes no processo terapêutico farmacológico, englobando médicos, farmacêuticos, enfermeiros e agentes de informação, para a melhor eficiência.

4.1.5 – Os resultados na segunda fase, em função da exposição à intervenção

Em função de ser declarada exposição a intervenção, ou não, no segundo tempo do estudo, verificamos que as amostras são semelhantes quanto às variáveis estudadas, excepto na formação académica, ao estarem menos representados na intervenção e mais na não intervenção aqueles que têm menor formação académica. Tal pode ter acentuada importância nos resultados obtidos, na percepção da formação, na sua interpretação e aquisição, devendo levar à melhor forma de transmitir informação, numa óptica de Medicina Preventiva, e que pode reflectir características intrínsecas individuais de cada elemento da amostra, como, por exemplo, o seu conhecimento prévio ou mesmo o estado de espírito no momento de responder. Assim sendo, deve ser entendido que o estudo versa o ambiente geral, e não as particularidades individuais, mas estas influenciam as respostas.

A interpretação dos resultados obtidos leva a pensar que a informação passada carecerá ainda de mais tempo e perseverança na sua realização, apesar de os resultados serem claramente melhores no grupo que declara ter estado exposto à intervenção.

O facto de o medicamento ter efeitos mesmo sem a ajuda do próprio tem maior percentagem de respondentes «sim» e «não» no grupo com intervenção na comparação com o de não intervenção. Se a maior percentagem da resposta «não» é positiva, já a proporção de «sim» é muito preocupante e implica maior atitude interventiva. De facto, e para quase todas as medicações, há questões básicas de adesão e de correcção de estilos de vida, ou de redução de risco, que, a não serem cumpridas, podem reduzir o sucesso terapêutico. Tal como ficou dito na introdução, a variação comportamental da sociedade no sentido da facilitação e da desresponsabilização, podem levar a maus resultados em saúde, sendo exemplo o realizado em Portugal quanto à Hipertensão Arterial, da qual se diz haver mau controlo, apesar de elevados investimentos financeiros, individuais e da sociedade (¹²⁵).

Sem diferença com significado estatístico, a intervenção favoreceu a melhoria das respostas à actuação do medicamento em todo o corpo (48,1% contra 34,2%), bem como as respostas à afirmação inversa, sobre se um medicamento apenas actua em algumas partes do corpo, mas aqui com significado estatístico.

O facto de 50,3% da amostra sujeita à intervenção responder «não» a o medicamento apenas corrigir o que está errado no corpo, contra 35,9% dos que não estiveram sujeitos, respondendo «sim» 35,3% e 29,2% pela mesma ordem, quanto à intervenção, leva a pensar que a informação teve impacte, e neste caso com significado estatístico.

O que a intervenção não conseguiu alterar foi a opinião acerca de um medicamento poder apenas dar sensação de melhor estar. Com significado estatístico, verificamos que é muito maior a percentagem daqueles que não estão de acordo, em ambos os grupos. As razões para este tipo de concordância podem situar-se a nível da crença em que as patologias são fundamentalmente físicas e na interpretação do estado de boa disposição, que tanto pode ser física como psíquica.

As afirmações para medição de conceitos sobre a actuação do medicamento no corpo mostram que o grupo que refere ter tido acesso à informação tem melhores respostas,

apesar de nenhuma delas ter diferença com significado estatístico. Assim, 76,5% do grupo com intervenção, contra 72,6% do grupo sem intervenção considera que o medicamento depois de tomado é integrado no corpo, ou seja é absorvido e distribuído, 47,6% contra 31,2% considera que o medicamento é depois tratado para ser eliminado e 40,1% contra 28,7% considera saber como um medicamento actua no organismo. A concordância com esta última afirmação leva a ponderar ser baixa a frequência de conhecimento sobre a actuação do medicamento no corpo, que parece ser de incrementar, se se pretende a melhor resposta à terapêutica. De facto, o conhecimento do que é a farmacocinética, mesmo para leigos, da necessidade de horários e posologias e de que sem uma toma regular haverá por certo maus resultados terapêuticos, mesmo que outras condições terapêuticas estejam reunidas, é importante. Não se trata apenas de saber para que servem os medicamentos ou de saber que os pacientes sabem quantas doses por dia ou a que horas do dia devem tomar os medicamentos. É mais o conhecimento das funções de absorção e interacções para a absorção, distribuição, farmacodinâmica e interacções medicamentos-medicamentos ou medicamentos-alimentos ou nutrientes e farmacocinética que deve ser passado, mesmo que de uma forma subliminar (^{126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133}).

As afirmações relativas à economia do medicamento não obtêm diferença com significado entre ambos os grupos, mas permitem observar que, no grupo que sofreu intervenção, há menos respostas afirmativas à compra de todos os medicamentos receitados e maior percentagem de respostas negativas a tal compra. Estes resultados são aparentemente contraditórios com uma intervenção que se devotava a passar a mensagem de que, até por os medicamentos serem caros, dever haver o cuidado de prescrever apenas o necessário e com o acordo do paciente. Parece assim que factores intrínsecos aos respondentes – a sua formação académica? – os leva a querer assumir posições, a par da crise económica vigente à data da aplicação do questionário e da sua agenda oculta, entre outros – o já acima descrito poderá explicar estes valores.

No mesmo sentido da perplexidade sociológica, nota-se uma maior escolha dos medicamentos em função do seu preço no grupo de intervenção, sendo a não escolha pelo preço semelhante entre ambos os grupos, bem como da compra dos medicamentos para os problemas que mais afligem no grupo com intervenção, reflexo possível do acima assinalado.

O grupo de intervenção considera, sem diferença com significado, que os médicos prescrevem demasiados medicamentos, fruto talvez dos factores já referidos, discordando mais da paragem episódica da medicação. O grupo com intervenção tende a estar mais de acordo com a afirmação de que os medicamentos criam habituação do que o grupo sem intervenção, apesar das diferenças serem mínimas. A interpretação pode residir nas características intrínsecas de cada elemento da amostra e na novidade deste tipo de informação que pode ainda não estar conformado ao grande público que pretende, em muitos casos, que seja alguém a tomar decisões por ele, advogando-se depois o poder de realizar escolhas, o que, para defesa de ambas as partes, deve ser evitado (^{92, 111, 113}).

4.1.6 – Comparação de resultados entre a primeira fase e a segunda fase sem intervenção

Este âmbito de análise é de primordial importância para o conhecimento do resultado da intervenção, pois a não existência de diferenças neste capítulo e a sua existência entre a primeira fase e o grupo com intervenção da segunda fase permitem medir o impacto da intervenção.

Ao compararmos estas duas amostras, verificamos diferenças com significado quanto à idade, e que podem de alguma forma intervir nos resultados obtidos, sendo a população mais idosa na primeira fase. A população da segunda fase, com diferença significativa, tem maior formação académica, é mais activa, toma mais medicamentos e é predominantemente urbana.

Os resultados globais obtidos têm diferença com significado, com obtenção de melhores resultados na amostra do primeiro tempo, para «apenas actua em algumas partes do corpo» e «Pode apenas pôr-me mais bem disposto». Têm melhor resultado no segundo tempo com significado, «sei como um medicamento actua no organismo», «quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados» e «os médicos receitam demasiados medicamentos».

Tal como para a análise anterior, a amostra do segundo tempo, talvez pela diferente constituição das amostras, responde globalmente um pouco melhor.

4.1.7 – Comparação de resultados entre a primeira fase e a segunda fase com intervenção

Há diferenças na composição entre amostras, que se podem sintetizar em maior juventude, maior formação académica, maior actividade e mais marcada residência em freguesia urbana na amostra do segundo tempo para o conjunto daqueles que referem ter estado em contacto com elementos de formação/informação. Esta é a fase de exame de resultados em que mais criticamente se verifica a eficácia do trabalho de formação/informação. É sabido que características próprias da evolução social levam a melhorias no conhecimento, tais como a formação académica.

Os resultados globais significam um ganho de conhecimento entre ambas as amostras.

Numa discussão um pouco mais circunstanciada, podemos verificar que é grande o ganho quanto a um medicamento necessitar da ajuda do próprio para obtenção de resultados, e quanto à actuação do medicamento em todo o corpo.

É acentuadamente melhor o conhecimento sobre a correcção pelo medicamento do que está errado no corpo, e é também melhor o resultado obtido quanto à actuação do medicamento apenas em algumas partes do corpo.

Já a afirmação acerca de um medicamento poder dar sensação de melhor disposição tem uma concordância agora menor que no primeiro tempo e com significado. Quer isto dizer que, quanto a este aspecto, a informação populacional falhou a transmissão da mensagem, quer porque foi mal feita a mensagem, quer porque foi mal transmitida ou mal percebida, sendo algo a modificar.

As afirmações sobre a integração do medicamento no corpo e sobre a sua metabolização para eliminação obtiveram também melhores respostas. Como corolário das respostas acima verifica-se acentuada melhoria quanto ao conhecimento de como um medicamento actua no corpo que mais que duplica a percentagem da resposta «sim».

A concordância quanto às afirmações relativas à parte económica mostram incremento da compra de todos os medicamentos receitados (sem significado estatístico), redução da não compra em função do preço, bem como redução da compra de medicamentos apenas para os problemas que mais afligem o próprio. Este ambiente de respostas claramente favorece a terapêutica, considerando-se como ganhos importantes da intervenção.

Revela-se uma maior discordância quanto a os médicos receitarem demasiados medicamentos, bem como melhor ambiente de respostas quanto a que quem toma medicamentos não deve parar de os tomar episodicamente, assim como menor concordância com o facto de a maior parte dos medicamentos causarem habituação.

Todas estas respostas de comparação entre as amostras do primeiro tempo e do segundo tempo com intervenção revelam a importância de produzir informação, que pode ser individual e orientada, como a realizada no gabinete médico, no gabinete de enfermagem ou no balcão da farmácia, ou populacional, através de intervenções mais ou menos sistematizadas, mas contínuas, atractivas, mobilizadoras e bem realizadas (^{106, 108, 109, 111}).

4.1.8 – Comparação de resultados entre os que responderam ao questionário em ambas as fases em função de terem estado expostos à intervenção

A discussão deste capítulo deve ser feita tendo em atenção a inexistência de diferença de constituição da amostra quanto às variáveis consideradas em função de ter havido resposta a ambos os questionários. Mais uma vez deve ser ressaltado que não havendo diferença com significado, as proporções relativas da distribuição não são iguais sendo que a qualidade intrínseca de cada elemento pode influenciar o resultado. No entanto, ao desconhecer-se como responderam no primeiro tempo, dado o estudo ser anónimo e confidencial, bem como de base epidemiológica, deve insistir-se que o pretendido é apenas saber do impacto da informação transmitida.

Para as quinze afirmações do segundo questionário, obtivemos respostas que permitem pensar em melhoria para dez delas, o que era o objectivo do trabalho, sendo elas:

- «Um medicamento actua em todo o corpo», ns;
- «Um medicamento apenas corrige o que está errado no corpo», $p=0,024$;
- «Um medicamento apenas actua em algumas partes do corpo», $p=0,001$;
- «Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo», ns;
- «Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado», ns;
- «Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados», ns;
- «Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem», ns;
- «Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos», ns;
- «Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento por algum tempo de vez em quando», ns;
- «A maior parte dos medicamentos cria habituação», ns.

Dados os resultados obtidos para as outras análises realizadas, nomeadamente entre os grupos com e sem intervenção para o pleno da amostra do segundo tempo, bem como a análise entre o primeiro tempo e o segundo tempo, estes resultados podem reflectir apenas o contexto particular de afirmação do corpo e sua autodeterminação num particular subgrupo que terá menor contacto com a estrutura de saúde e maior capacidade para aceder a outras fontes de informação, assim decidindo o que fazer perante o que o aflige, tendo em atenção o custo da medicação num quadro de crise economicofinanceira e de outras necessidades de consumo.

5 – Análise factorial para verificação do ganho da primeira para a segunda fase do trabalho

Realizada a análise factorial tendente a perceber o ganho global de informação, percebemos que esta intervenção, embora enfermando de problemas pela sua extensão e intensidade, fornece três componentes de análise que permitem explicar 41,4% da informação, quando comparada e amalgamada a informação do primeiro tempo com o segundo tempo do estudo. E, no estudo pelas variáveis utilizadas, verificamos que há diferença com significância estatística para:

- «Cognição sobre medicamentos» pelo sexo feminino, que assim ganha em qualidade, nos que tomam continuamente medicamentos;
- «Funcionamento do medicamento no corpo», que melhora nos que têm menos marcada formação académica, nos que são não activos, nos que tomam continuamente medicamentos e nos que são mais idosos.

Ou seja, a sociedade médica, em muito breve tempo, ver-se-á confrontada com a necessidade de saber comunicar para transmitir correcta informação, que seja aplicável pelos receptores para a mais correcta utilização dos medicamentos, numa população que será cada vez mais idosa, tendencialmente feminina e a tomar cada vez mais medicamentos.

De facto, a organização de algumas forças da sociedade serve não só para a informação, mas também para a difusão de armas terapêuticas, quase sempre farmacológicas, numa perspectiva de “*mongering*”, definido como «a venda de mal-estar que alarga os horizontes da doença e aumenta os mercados daqueles que vendem e providenciam tratamentos» (^{134,135,51}), face à qual a prevenção quaternária se torna agora importante e mais do que nunca imperiosa (⁵¹). Todos estes factores devem ser temperados com indicadores de qualidade que permitam saber qual o ganho pelo acesso à consulta médica, ou de uma estrutura, bem como de adequação de trabalho médico à agenda do doente, até pelo necessário encontro de posições na consulta, medido pela qualidade que o médico julga que os pacientes tiveram da consulta (^{136,137}), que os médicos nem sempre conseguem bem identificar.

É assim fundamental que as estratégias de comunicação sejam ensinadas e praticadas, num contexto de utilização do médico como veículo de informação utilizando-se correctamente tal tecnologia (¹³⁸).

Este trabalho permite-nos, também, reflectir sobre algumas questões que são agora bem reais e que devem ser pensadas no seu peso social, individual e médico.

Os custos da terapêutica – individuais, sociais e financeiros – são cada vez mais importantes, como nos mostram os relatórios do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, nomeadamente os produzidos pelo Observatório de Medicamentos e Produtos de Saúde. Aqui se verifica um crescimento no Preço de Venda ao Público (¹³⁹), que, para o Serviço Nacional de Saúde, se situa, em variação homóloga, em 4% de 2006 para 2007, com uma subida de 2,6% na comparação de períodos homólogos (Janeiro a Maio) de 2007 e 2008. Os medicamentos não genéricos para os mesmos períodos tiveram crescimentos em Preço de Venda ao Público de +0,7% e +0,5%, e os medicamentos genéricos de 22,5% e 12,6%. Para o número de embalagens, em tais períodos, registaram-se crescimentos de 4,6% e -1,4%, sendo o de medicamentos não genéricos de +2,3% e -0,7% e o de medicamentos genéricos de +26,5% e +16,4%.

Estes dados significam que os medicamentos estão mais caros quando se compara 2007 com 2008, mantendo-se o crescimento do mercado. Para além desta conclusão, os números permitem também dizer que, para uma subida em termos reais de medicamentos mais baratos em preço e em número de embalagens, há um ainda mais marcado crescimento de medicamentos mais caros, pois o incremento é maior em preço que em embalagens. Esta realidade, analisada mensalmente pelo Observatório dos Medicamentos e Produtos de Saúde do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento para o Serviço Nacional de Saúde, contrasta com os valores obtidos em situações particulares de prescrição, em que o médico é informado sobre o tamanho, preço e custo do que vai prescrever, sendo-lhe mostradas todas as alternativas (^{70, 94}). O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2008 (¹⁴⁰) reflecte, nas páginas 10 a 16, sobre a importância da mais correcta utilização dos medicamentos. E fá-lo em termos de pensar que a aplicação do medicamento baseado em estudo farmaco-económicos segundo estudos aleatorizados e controlados, em que a população do estudo é muito particular, não será a mais adequada pois faltarão, ao

Serviço Nacional de Saúde tecnologias de medição, como a da correcta utilização dos medicamentos – recurso caro – por um indivíduo a quem é prescrito (qual a base de evidência para a sua aplicação em função dos estudos anteriores?), e que o deve tomar de forma correcta, assim estando desencadeado um determinado custo económico.

O resultado pela terapêutica pode estar sujeito a factores que vão desde os determinantes e condicionantes da prescrição ⁽²⁵⁾, às fontes de conhecimento e informação sobre medicamentos a que os médicos, em particular de Medicina Geral e Familiar, acedem, e que demonstram a importância da indústria farmacêutica como um dos principais meios de informação ⁽⁴⁰⁾. Ora, o Relatório de Primavera de 2008 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde vem questionar este factor de eventual desvio da prescrição e de resultado económico e financeiro em Portugal. A utilização da tecnologia que agora foi experimentada, que resultados poderá vir a obter no futuro? A crescente utilização de informação pelos doentes, como poderá alterar a correlação de forças na prescrição, se em particular pensarmos que os medicamentos em parafarmácias estão em estagnação de venda, e que os medicamentos aqui vendidos já são dados por seguros e em muitos casos julgados «ultrapassados»?

Este estudo agora realizado exerce também trabalho sobre uma área sensível, que é a do conhecimento do medicamento para a melhor utilização. Ao desconhecermos trabalhos nesta área, parece importante que quer o Regulador/Aprovador de medicamentos quer o comparticipador iniciem trabalho deste tipo.

A realização de peças jornalísticas, cada vez mais apuradas no sentido do alvo que se pretende atingir, e cada vez mais dirigidas por interesses comerciais com estratégias bem definidas, como a da apresentação de excelentes resultados com drogas modificadoras da doença artrite reumatóide, de biotecnologia, com perfil de segurança muito escasso, que fins visa obter? Não saberão os médicos da sua existência? Estarão em falta os mecanismos naturais de informação do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento ou mesmo da Ordem dos Médicos? Será a Medicina uma disciplina académica tão necessitada da informação não científica? Que circo mediático será necessário montar para o desiderato de «vender saúde através dos fármacos», influenciando os sofredores para a prescrição médica, sendo apenas conhecidos mediaticamente os casos de insucesso ou de não realização de tratamento ou cura

(^{134,135,51})? Será a deontologia médica suficiente para sossegar o espírito crítico da maioria dos médicos? Sentir-se-ão estes satisfeitos apenas com o facto de tratarem sintomas ou sinais? Ou, antes pelo contrário, apenas apreciarão tratar quadros bem definidos (²⁵)? Será a «cura» apenas dependente da utilização de medicamentos? Será a cura também ditada pela correcta utilização do instrumento «médico», ao poder influenciar o paciente na melhor compreensão dos seus problemas e na sua orientação? Serão bons indicadores da actividade médica, apenas a realização de consultas médicas gerais ou a grupos de risco (¹⁴²)? Os valores atingidos com a actuação não serão importantes (¹¹)?

Outro grande horizonte de elaboração filosófica é o da capacidade de influenciar aqueles que acedem a uma consulta com explicação científica eficaz, por ser apropriada (¹⁴³). O modelo paternalístico ainda muito vigente, e que acaba por implicar um grande número de consultas, leva a que seja o médico a decidir a prescrição que o doente, como vimos, em muitos casos acaba por não aceitar tacitamente ao não comprar a medicação. Como se sentem os médicos perante a situação de explicação que acarreta mais algum tempo de trabalho com cada paciente e perante uma situação de consultas cada vez mais frequentes a indivíduos idosos? Terão o interesse e a capacidade de realizar tal informação? Sentir-se-ão ameaçados no seu poder de «curar»? Não será este ambiente que leva a uma cada vez maior procura de medicações alternativas quer porque os medicamentos não fazem o efeito pretendido, quer porque os doentes notam algum comércio, quer porque o seu problema não foi percebido? O facto de ser de 25% a frequência daqueles que referem consumir remédios com especial relevância para os «chás» adquiridos em ervanárias, com 23,4% a responderem pela superioridade de tal tipo de terapêuticas, deve obrigar a pensar em alterações quer de planos de estudos, quer de regulação de mercado que levem a melhor conhecimento e a regras mais transparentes pois a questão das interacções é importantíssima do ponto de vista da formação e do resultado, sobretudo quanto a medicamentos naturais ou remédios (¹⁴⁴).

Este estudo levanta ainda perguntas, para posteriores estudos, como o porquê da escolha dos medicamentos, em particular por aqueles que parecem deter maior formação académica ou por aqueles que mais facilmente podem chegar à informação e que terão eventual facilidade em aceder a sítios electrónicos de informação, em muitos casos de mais que duvidosa qualidade, mas que devem filtrar tudo o que ali é colocado e digerir a

informação acessível. Será que os sítios oficiais portugueses estão de acordo com o necessário? Haverá aí a informação necessária e suficiente? Será que apesar de haver uma explicação pelo médico indutor de uma aquisição e posterior toma de medicamento, ainda subsistem dúvidas e temores? Não sendo o preço um factor absolutamente determinante para a aquisição, porquê a escolha? Que agenda própria, oculta ou transparente, tem o paciente que se dirige a uma consulta? Se o medicamento não é considerado como uma peça de alimentação, se tem um valor económico muito próprio, que condições inerentes a si mesmo estão na base da aquisição? Que influência tem, no acto de aquisição de um medicamento ou de aviamento de uma receita, o farmacêutico?

E levanta também a questão de saber se não devem ser utilizados meios adequados e por quem, para combater algo como a excessiva utilização de medicamentos, as suas vastas implicações económicas e as questões ambientais do seu consumo. Como conjugar a política de formulários com as expectativas médicas e de pacientes bem como com o advento de novos e julgados mais eficazes medicamentos?

Se uma limitada campanha como esta obteve estes resultados, que ganhos se poderão esperar da utilização de todo o poder interventivo que estruturas oficiais e para-oficiais detêm junto das centrais de informação?

Estas são algumas das tarefas o futuro nos reserva e às quais novos trabalhos deverão dar resposta.

B – Crítica individual

O autor ao realizar este trabalho, desenvolveu actividade reflexiva que entende, deontológica e eticamente, dever passar à sociedade e, em particular, aos seus pares de profissão, não só nos conhecimentos obtidos, fim último da investigação, como no erros e nas falsas esperanças iniciais, para que outros, assim conhecedores, possam, no futuro fazer mais e melhor pela boa qualidade da saúde de todos aqueles que nos consultam, colocando as suas vidas na nossa mão e na nossa orientação. Não pode deixar de haver uma crítica à eventual não execução mais profunda e ao maior empenho pessoal em acções que o temor de mau entendimento por outros levou, em certa medida a autocensura. Percebe hoje o autor que, neste tipo de estudos tal é prejudicial pois a necessidade e a vontade de aquisição de conhecimentos é manifesta por todas as idades.

VII – Conclusões

O que pensam e o que sabem, sobre medicamentos, aqueles que os consomem é algo de importante valor para o melhor resultado da terapêutica farmacológica.

Ficámos a saber que o medicamento é julgado ser:

- Um produto artificial, não natural e feito em laboratório industrial, constituído por substância activa e excipientes;
- Uma substância que cura doenças e melhora a saúde;
- Para 40,8% dos inquiridos, algo que pode produzir resultados sem ajuda do próprio, tendo passado para 36,8% após a intervenção, valor que reflecte uma melhoria sem significado estatístico.

Que são motivos para tomar medicamentos:

- O alívio de queixas (sintomas e sinais) e cura de doença;
- A procura de se sentir bem (melhoria da qualidade de vida);
- A indicação médica seguida da de farmacêuticos.

Que são conhecimentos acerca de como os medicamentos actuam no organismo e o que este faz aos medicamentos (farmacodinâmica e farmacocinética):

- O medicamento actua em todo o corpo para 37,5%, sendo este valor de 40,0% após intervenção informativa, sem significado estatístico;
- Correção apenas de funções fisiológicas alteradas para 44,1% na primeira fase passando para 37,9% após intervenção, sem significado estatístico;
- Actuação apenas em algumas partes do corpo para 55,5% da amostra inicial, tendo passado para 45,7% após intervenção, sem significado estatístico;
- Que o medicamento pode apenas dar sensação de melhor estar psíquico para 35,2% da amostra inicial passando este valor para 35,1% após intervenção, o que revela um resultado fraco, sem significado estatístico;
- Que o medicamento é absorvido pelo organismo para 73,5% passando a 74,0% após intervenção, sem significado;

- Que era de 35,7% a frequência daqueles que sabiam que o medicamento era sujeito a metabolização no primeiro tempo de estudo tendo passado a ser de 38,2% no segundo tempo, sem significado estatístico;
- Que o medicamento não corrige os erros diários para 65,4%;
- Que o medicamento pode causar reacções adversas físicas para 79,8% e psicológicas para 82,7%;
- Que os consumidores de fármacos não sabem como um medicamento actua no organismo em 37,9% dos casos, valor que baixa para 29,2% após intervenção, com significado estatístico.

Que quanto a medicamentos e economia:

- O medicamento não é entendido como uma mercadoria tal como o pão para 83,1%;
- Os medicamentos não seriam mais consumidos se estivessem fisicamente mais acessíveis – localização em loja – para 92,6% - e preço mais baixo – para 88,6%;
- Era de 17,3% a frequência dos consumidores de medicamentos que não compravam todos os medicamentos prescritos pelos médicos que passou para 13,3% após a intervenção, com significado estatístico;
- Que escolhiam os medicamentos que compravam por estes serem muito caros 11,8%, valor que passou para 11,5% após intervenção, sem significado estatístico;
- Que compravam apenas medicamentos para os problemas de saúde sentidos mais importantes 48,2% da amostra inicial, passando para 49,5% após intervenção, sem significado estatístico;
- Que a aceitação de tomar medicamentos advém de uma explicação por médico para 90,8%, não sendo esperado que todas as consultas resultem em prescrição para 80,9%.

Os remédios já foram acedidos por cerca de 16,2% da população. Os ervanária já foram consumidos por 47,1% sendo considerados mnenos eficazes que os remédios por 36,7% da amostra; a acupunctura foi já experimentada por cerca de 7% da amostra, sendo considerada mais eficaz que os medicamentos (mais eficaz para 33,3% e mos eficaz

para 27,8%), a «medicina natural» foi também já experimentada por 24,3% dos inquiridos, e com resultados superiores aos dos medicamentos para 43,9% da amostra.

Cerca de 80% dos inquiridos que utilizam remédios já tomaram medicamentos; dos que tomam medicamentos é de cerca de 25% a proporção dos que já tomaram remédios.

E ainda que:

- Os médicos não receitam demasiados medicamentos (37,6% no primeiro tempo contra 42,9 % no segundo tempo após intervenção), sem significado estatístico;
- Quem toma medicamentos não deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando (34,4% no primeiro tempo contra 40,5% no segundo tempo após intervenção), com significado estatístico;
- A maior parte dos medicamentos cria habituação (26,7% de discordância inicial que passa pela intervenção para 19,3%);
- Os remédios não são mais seguros que os medicamentos;
- Os medicamentos não fazem mais mal do que bem;
- Os medicamentos não são venenos;
- Os médicos confiam demasiado nos medicamentos para 51,3% dos inquiridos;
- Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos para 51,3% da amostra.

Estes resultados exemplificam a necessidade e a importância de estratégias de informação para o grande público, institucionalizadas ou ocasionais, estruturadas ou não, mas sempre segundo linhas de informação actualizadas, bem criada, concisa, verdadeira e preferencialmente por pequenos folhetos para o grande público, segundo as boas normas deste tipo de escrita, parecendo que a intervenção realizada surtiu efeito benéfico e foi globalmente eficaz.

VIII – Implicações práticas

Numa linha de implicações práticas para um estudo como este, dado ter sido descoberta a importância de informar para obter melhores resultados, deve ser continuado trabalho que permita responder a questões como:

1. A melhoria do desempenho económico do sistema pelo incremento da informação;
2. A melhoria do resultado da terapêutica pelo facto do caso tratado ter, de acordo com o presente trabalho melhor formação/informação;
3. Quais os modelos de pacientes que, necessitando de realizar terapêutica crónica, melhor a vão realizar, ou que necessidades formativas existem para o melhor resultado;
4. O estudo da agenda do paciente aquando da sua ida à consulta.

IX – Lista de referências bibliográficas

- (1) – Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto publicado em *Diário da República*, 1.^a série – N.º 167 – 30 de Agosto de 2006.
- (2) – Drhova L. Knowledge, attitudes, and behaviour of the population of the Czech Republic to self-medication. III: Behaviour in the area of drugs and self-medication. *Ceska Slov Farm* 2005 Sep;54(5):211-8.
- (3) – Vallerand AH, Fouladbakhsh J, Templin T. Patients' choices for the self-treatment of pain. *Applied Nursing Research* 2005 May;18(2):90-6.
- (4) – Marques FB, Cobrado N, Caramona M. Caracterização da natureza e dos custos financeiros directos da automedicação. *Rev Port Clin Geral* 2000;16(1):23-34.
- (5) – Maria VJ. Automedicação, custos e saúde. *Rev Port Clin Geral* 2000;16(1):11-14.
- (6) – Drhova L. Knowledge, attitudes, and behaviour of the population of the Czech Republic to self-medication I: Knowledge of and information on drugs. *Ceska Slov Farm* 2005;54(3):123-9.
- (7) – Delafuente JC, Meuleman JR, Conlin M, Hoffman NB, Lowenthal DT. Drug use among functionally active, aged, ambulatory people. *Ann Pharmacother* 1992;26(2):179-83.
- (8) – Cutts C, Tett SE. Do rural consumers expect a prescription from their GP visit? Investigation of patients' expectations for a prescription and doctors' prescribing decisions in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health* 2005; 13(1):43-50.
- (9) – Cutts C, Tett SE. Influences on doctors' prescribing: is geographical remoteness a factor?. *Australian Journal of Rural Health* 2003; 11(3):124-30.

(10) – Akici A, Kalaca S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety* 2004; 13(12):871-876.

(11) – Prevenção Cardiovascular: Recomendações para a Abordagem do Risco Vascular Associado às Dislipidemias. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. *Rev Port Cardiol* 2002; 21(10):1201-1209.

(12) – Diagnóstico, tratamento e controlo da Hipertensão Arterial, Circular Normativa n.º 2/DGCG de 31 de Março de 2004, Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde.

(13) – Ver http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/BDD08786-0F01-4BD1-98DF-E65034A9B134/0/guidelines_AH_FT_2007.pdf.

(14) – The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, The JNC 7 Report. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al *JAMA* 2003; 289(19): 2560-2572.

(15) – Schwatz PJ, Breithardt G, Hioward AJ, Julian DG, Ahlberg NR. The legal implications of medical Guidelines – a Task Force of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 1999; 20:1152-1157.

(16) – Avery AJ, Rodgers S, Heron T, Crombie R, Whynes D, Pringle M et al. A prescription for improvement? An observational study to identify how general practices vary in their growth in prescribing costs. *BMJ* 2000; 321:276-81.

(17) – Moynihan R, Smith R. Demasiada Medicina: quase de certeza. *BMJ* 2002; 11 345-346.

(18) – Ver http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/PRESCRICAO_DISPENSA_E_UTILIZACAO/MEDICAMENTOS_E_CONDUCAO/folheto_utentes.pdf.

(19) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_VI/portaria_827-2005.pdf.

(20) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/MNSRM_200803.pdf.

(21) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/BOLETIM_FARMACOVIGILANCIA/BF10_1.pdf.

(22) – Ver <http://medicine.iupui.edu/flockhart/table.htm>.

(23) – Santiago LM. Interação entre medicamentos e alimentos. *PostGraduate*2006; 26(1):69-80.

(24) – Santiago LM, Cobrado NM. Custos directos da terapêutica farmacológica no ambulatório de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2002;18:351-9.

(25) – Santiago LM. Determinantes e Condicionantes da Prescrição no Ambulatório de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar na área da Administração Regional de Saúde do Centro de Portugal. *Saúde Pública* 8, Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 75-90.

(26) – World Health Organization: Technical Report no 48. Geneva:1972.

(27) – Ver <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

(28) – Ver <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>.

(29) – Ver http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jacarta.htm.

(30) – Ver

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/enprint.html>.

(31) – Dias FN. Fundamentos da manipulação. In A manipulação do conhecimento. Lisboa, Comunicação & linguagens: 39-46.

(32) – Sousa JC. Do peixe no prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. Rev Port Clin Geral 2007;23:353-8.

(33) – Yaphe J. Teaching and learning about empowerment in family medicine. Rev Port Clin Geral 2007;23:365-7.

(34) – Jardim J, Pereira A. Competências pessoais e sociais, guia prático para a mudança positiva. Edições ASA ISBN 972-414787-8. Capítulo 3:31-36.

(35) – Gêrvias J. Innovación Tecnológica em Medicina: Una Visión Crítica. Rev Port Clin Geral 2006;22:723-7.

(36) – Galvão C. O envelhecimento e cuidados geriátricos em Medicina Familiar. Rev Port Clin Geral 2006;22:729-30.

(37) – A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Versão Reduzida – EURACT. Rev Port Clin Geral 2005; 21:511-516.

(38) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/INSPECCAO/LOCAIS_DE_VENDA_MNSRM.

(39) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICO_S/BOLETIM_FARMACOVIGILANCIA/farmac_4tr_1%20port.pdf.

- (40) – Santiago LM. Fontes de informação sobre medicamentos em Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral 2006;22:689-98.
- (41) – Jardim J, Pereira A. Competências pessoais e sociais, guia prático para a mudança positiva. Edições ASA ISBN 972-414787-8. Capítulo 4:37-42.
- (42) – Turner BS. Disease and Disorder. In The Body & Society. SAGE Publications, ISBN 0 8039 8809 5. Capítulo 9,:197:214.
- (43) – Sá AB. O médico, o paciente e a sua prescrição. Rev Port Clin Geral 2007;23:13-4.
- (44) – Medeiros A. A visita do delegado de informação médica numa consulta de medicina geral e familiar do Centro de Saúde de Faro. Rev Port Clin Geral 2007;23:53-6.
- (45) – Ver http://andai.org.pt/Info_Clinica/medicamentos1/.
- (46) – Ver <http://www.aporos.pt/?idcms=8>.
- (47) – Ver http://www.apdf.com.pt/o_que_e.php.
- (48) – Maria VJ. Qualidade da prescrição médica: necessidade de mais e melhor investigação. Qualidade em saúde. Rev Port Clin Geral 2005;5(13):10-15.
- (49) – Ver http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.
- (50) – Horne R, Weiman J, Hankins M. The Belief about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health 1999; 14:1-24.
- (51) – Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. Rev Port Clin Geral 2007;23:289-293.

- (52) – Jamoulle M et al. Working fields and prevention domains in general practice/family medicine(draft version 0.6). <http://www.docpatient.net/mj/prev.html>.
- (53) – Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Rev. Port. Saúde Pública 2005;23(1):91-96.
- (54) – Saraiva JA. Diálogo. Tabu, Jornal Sol. 46:80-81.
- (55) – Ver <http://www.emea.europa.eu/Patients/paediatrics.htm>.
- (56) – Ver <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/evidencebasedprescribing>.
- (57) – Macedo A, Moital I, Santos MJ, Nines S, Banos J-E, Farré M. Nomes de fármacos – uma escolha aleatória ou um efeito placebo. Rev Port Clin Geral 2007;23:57-61.
- (58) – Batel Marques FJ. Medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória. *in* Medicamentos e Farmacêuticos. Campo da Comunicação 2006:19-26.
- (59) – Batel Marques FJ. Medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória. *in* Medicamentos e Farmacêuticos. Campo da Comunicação 2006:27-34.
- (60) – Atul Gawande. Afinal de quem é o corpo. *in* A mão que nos opera. Lua de papel 2007:236-255.
- (61) – Avron J. Keeping science on top in drug evaluation. N. Engl. Med. 2007;357:633-635.
- (62) – Ver <http://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=53c3bce66e43be4f209556518c2fcb54&id=3cec07e9ba5f5bb252d13f5f431e4bbb>.
- (63) – Crespo J. Conclusões. *in* A história do Corpo. Difel 1990: 567-574.

(64) – Egnew TR. The meaning of healing: transcending suffering. *Ann Fam Med* 2005;3:255-262.

(65) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO#8.

(66) – Ver http://www.apes.pt/files/dts/dt_051995.pdf.

(67) – Ver http://www4.fe.uc.pt/opss/docs/rp_2005.pdf.

(68) – Ver http://www4.fe.uc.pt/opss/docs/rp_2006.pdf.

(69) – Ver http://www4.fe.uc.pt/opss/docs/rp_2007.pdf.

(70) – Santiago LM, Marques M. Prescrição de antibióticos informaticamente assistida, que resultados. *Rev Port Clin Geral* 474.

(71) – Cabral M, Silva PA, Mendes H. A Saúde e o Sistema de Saúde na Comunicação Social Portuguesa. *in* Saúde e Doença em Portugal. Lisboa Abril, 2002: 67-72.

(72) – Cabral M, Silva PA, Mendes H. Caracterização da população inquirida: estado de saúde e morbilidade e uso de medicamentos. *in* Saúde e Doença em Portugal. Lisboa Abril, 2002: 112-114.

(73) – Ramos V. O ressurgimento da Medicina Familiar. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 1987; 23:157-168.

(74) – Nunes B. Sobre as medicinas e as artes de curar. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 1987; 23:233-242.

(75) – Hespanha MJ. O corpo, a doença e o médico. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 1987; 23:195-216.

(76) – Ver http://www.ebl-sto-amaro-sousel.rcts.pt/medicina_popular.htm.

(77) – Ver <http://www.padrefontes.com/noticia.asp?codigo=214>

(78) – Ver <http://www.spma.pt/acupuntura.asp>.

(79) – Ver

<http://www.medical-acupuncture.co.uk/Acupuncture%20Referral%20Guidelines.pdf>.

(80) – Ver <http://www.correiopopular.com.br/fmedicina.htm>.

(81) – Ver <http://www.homeopatia-aph.pt/>.

(82) – Ver <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>.

(83) – Ver <http://www.apmcg.pt/document/71479/855337.pdf>.

(84) – Affara F, Oguisso T. Classificação internacional para a prática de enfermagem. *Enfermagem* 2000; 17:5-11.

(85) – Ver

http://www.euromedstat.cnr.it/pdf/EURO-MED-STAT_executive_summary.pdf.

(86) – Ver <http://www.whocc.no/atcddd/atcsystem.html#6>.

(87) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_21884_2004.pdf.

(88) – Santos AL. A importância da ética na investigação. *Rev. Port. Cardiol.* 2004;23(4):627-644.

(89) – Declaração Universal dos Direitos do Homem. Lisboa. Imprensa Nacional – Casa da Moeda. 1998.

(90) – World Medical Association. Declaration of Helsinki. British Medical Journal 1964;2:2-177.

(91) – Ver http://www.ghente.org/doc_juridicos/helsinki5.htm.

(92) – Ver

<http://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=6883966fd8f918a4aa29be29d2c386fb>.

(93) – Simões JA. A ética em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral 2008;24:45-7.

(94) – Santiago LM, Marques M. Non-steroidal anti-inflammatory drug prescriptions in the ambulatory of general practice in the centre of Portugal. Acta Reumatol. Port. 2007;32(3):263-9.

(95) – Moynihan R, Smith R. Demasiada Medicina: quase de certeza. BMJ 2002; 11 345-346 (versão portuguesa).

(96) – Doust J. Why do doctors use treatments that do not work? BMJ 2004; 328:474-5.

(97) – O’Connell MB, Johnson JF. Evaluation os Medication knowledge in elderly patients. The Annals of Pharmacotherapy 1992;26:919-21.

(98) – Hanchak NA, Patel MB, Berlin JA, Strom BL. Patient misunderstanding of dosing instructions. J Gen Intern Med 1996;11:325-328.

(99) – Black DM, Brand RJ, Greenlick M, Hughes G, Smith J. Compliance to treatment for Hypertension in elderly patients: The SHEP pilot study. J Gerontol 1987;42:552-7.

(100) – Torrible SJ, Hogan DB. Medication use and rural seniors: Who really knows what they are taking?. Can Fam Physician 1997;433:893-898.

(101) – O’Connell MB, Johnson JF. Evaluation of Medication knowledge in elderly patients. *The Annals of Pharmacotherapy* 1992;26:919-21.

(102) – Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y, Graboyes TB, Ravid S. Discrepances in the use of Medications. Their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med* 2000;160:2129-2134.

(103) – Santiago LM, Sousa JC. Recomendação da UEMO para uma prática medicamentosa mais segura no idoso. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:111-2.

(104) – Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320(7233): 484-488.

(105) – Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications?. *Journal of the New Zealand Medical Association* 2002;115:1162.

(106) – Ver <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/13610>.

(107) – Ver

<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/PRONTUARIO>.

(108) – Wyatt JC. Information for patients. *J R Soc Med* 2000; 93:467-471.

(109) – Mayberry JF, Mayberry MK. Effective instructions for patients. *J R Coll Physicians Lond* 1996;30:205-8.

(110) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_ALERTAS/DETALHE_ALERTA?itemid=908032.

(111) – Crone CC, Wise TN. Use of Herbal Medicines Among Consultation-Liaison Populations - A Review of Current Information Regarding Risks, Interactions, and Efficacy. *Psychosomatics* 1998; 39:3-13.

(112) – Ramström H, Afandi S, Elofsson K, Peterson S. Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medications. *Patient Education and Counseling* 2006; 62:244-249.

(113) – Simões JA. A ética em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:45-7.

(114) – Hespanhol AP, Couto L, Martins C. A Medicina Preventiva. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:49-64.

(115) – Lourenço A. Do injustificável ao ajustado – notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:75-84.

(116) – Ver <http://www.nzma.org.nz/journal/115-1162/183/>.

(117) – Ver <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/13610.html>.

(118) – Ver <http://www.diva-portal.org/oru/abstract.xsql?dbid=734>.

(119) – Ver http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200016&lng=en&nrm=iso.

(120) – Connelly JE, DalleMura S. Ethical problems in the medical Office. *JAMA* 1988;260:812-815.

(121) – Ver <http://es2005.fe.uc.pt/files/resumos/posters/pf14.pdf>.

(122) – Ver <http://es2005.fe.uc.pt/files/resumos/posters/pf14.pdf>.

(123) – Ver http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/70DDD632-75F3-4902-8B23-EC08243163F8/0/guidelines_CVD_Prev_ES_2007.pdf.

(124) – Ver

http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/events/future_challenges_paper.pdf.

(125) – Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *Journal of Hypertension* 23(9):1661-1666.

(126) – Santiago LM. Metabolização no sistema do citocromo P 450 e a sua importância em Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:121-129.

(127) – Santiago LM, Fernandes J, Francisco MP, Neto G, Carvalho IM, Rocha MG, Parra LN. Interações farmacocinéticas na prescrição – um estudo alargado no ambulatório de medicina geral e familiar na área da Sub-região de Saúde de Coimbra. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:307-19.

(128) – Ohnishi N, Yokoyama T. Interactions between medicines and functional foods or dietary supplements. *Keio J Med* 2002; 53(3):137-150.

(129) – McCabe BJ. Prevention of food-drug interactions with special emphasis on older adults. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004; 7:21-26.

(130) – Schmidt LE, Dalhoff K. Food-drug interactions. *Drugs* 2002;62(10): 1481-1502).

(131) – Cupp MJ. Herbal remedies: adverse effects and drug interactions. *Am Fam Physician* 1999; 59(1):1239-1245.

(132) – Vaz AF, A segurança das alternativas. *Boletim de Farmacovigilância* 2000; 4(1): 1.

(133) – Gonçalves FR. Produtos farmacêuticos, nutracêuticos, ervanários, naturais e outros que tais. *Arq-Med* 2002; 16(1):3.

(134) – Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease-mongering. *BMJ* 2002;324:886–891.

(135) – Bentzen N, editor. *WONCA Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.

(136) – Santiago LM. Actividade da consulta de Medicina Geral e Familiar: a avaliação do seu impacte pelos seus utilizadores. *Rev Bras Med Fam e Com*;2(8):282-287.

(137) – Santos T, Rosendo I, Pimenta G, Martins D, Francisco MP, Neto MG, Santiago LM. Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes? *Rev Bras Med Fam e Com*;3(9):13-20.

(138) – Nunes JMM. Importância da comunicação em Clínica Geral. *in* Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Março 2007;31:40.

(139) – Ver

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_GENERICOS_MESES_ANTERIORES/2008/Rel-Gen-0805.pdf.

(140) – http://www4.fe.uc.pt/opss/docs/rp_2008.pdf.

(141) – <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525191051307110.pdf>.

(142) – Ver <http://www.mcsp.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EB139DE8-00B1-4B54-A19F-418D98D52DF0/4475/IndicadoresContratualização2006.pdf>.

143 – Lusier MT, Richard C. En l'absence de panacée universelle. *Canadian Family Physician* 2008;54:1096-1099

144 – Cunha AP, Teixeira F, Pereira da Silva A, Roque OR. Plantas medicinais e medicamentos à base de plantas. *In* Plantas na Terapêutica, Farmacologia e Ensaio Clínicos. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2007:15-40.

ANEXO I

Por favor preencha os campos abaixo.

Idade:	_____ anos	
Família:	Vive só <input type="checkbox"/> (1)	Vive acompanhado <input type="checkbox"/> (2)
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> (1)	Feminino <input type="checkbox"/> (2)
Formação: A mais elevada que detém.	Não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> (1) Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> (2) 9.º ano (4.ª classe) <input type="checkbox"/> (3)	12.º ano (7.º ano) <input type="checkbox"/> (4) Técnica <input type="checkbox"/> (5) Superior <input type="checkbox"/> (6)
Sofre de doença crónica:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)
Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:	Rural <input type="checkbox"/> (1) Comércio <input type="checkbox"/> (2) Indústria <input type="checkbox"/> (3) Serviços <input type="checkbox"/> (4)	Doméstica <input type="checkbox"/> (5) Desempregado <input type="checkbox"/> (6) Reformado <input type="checkbox"/> (7) Estudante <input type="checkbox"/> (8)
Freguesia de residência:		
Toma medicamentos continuamente:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)
Toma remédios continuamente:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)

Dê-nos, por favor, a sua resposta a todas e cada uma das afirmações abaixo, assinalando a sua opção de resposta.

Q1 – Em minha opinião um medicamento:	Resposta		
1 – É um produto natural	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
2 – É um produto feito em laboratório	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
3 – É um produto industrial	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
4 – É um preparado que não se pode fazer em casa	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
5 – É um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
6 – É uma substância que cura doenças	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
7 – É uma substância que melhora a saúde	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
8 – É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)

Q2 – São motivos para tomar medicamentos:	Resposta		
9 – O alívio de queixas	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
10 – A procura de me sentir bem	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
11 – A cura de uma doença	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
12 – A indicação de vizinhos	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
13 – A publicidade de revistas	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
14 – A publicidade de televisão	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
15 – A publicidade da rádio	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
16 – Julgar que “Se os não tomar não melhora”!	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
17 – O estar “habituação”	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
18 – A indicação de médico	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
19 – A indicação de enfermeiro	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)
20 – A indicação de farmacêutico	Não sei (1)	Não (2)	Sim (3)

Q3 – Julgo que:	Resposta		
21 – O medicamento actua em todo o corpo.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
22 – O medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
23 – O medicamento actua apenas em algumas partes do corpo.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
24 – Um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
25 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
26 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
27 – O medicamento corrige os erros que faço diariamente.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
28 – Os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
29 – Os medicamentos são produtos que podem causar mal-estar.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
30 – Sei como um medicamento actua no organismo.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)

→

Q4 – Penso que:	Resposta		
31 – O medicamento é uma mercadoria como o pão.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
32 – Consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis, na prateleira de uma loja que não a farmácia.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
33 – Consumiria mais medicamentos se fossem mais baratos.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
34 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
35 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
36 – Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
37 – Aceitei a necessidade de tomar medicamentos após explicação do médico.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)
38 – Quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita.	Sim (1)	Não (2)	Não sei (3)

Q5 – Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupuntura ou preparado caseiro tradicional):	Resposta		
39 – Já tomei remédios da “ervanária”.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
40 – São tão eficazes como os medicamentos da farmácia.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
41 – Já comprei remédios vendidos em outras lojas.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
42 – São tão eficazes como os medicamentos da farmácia.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
43 – Já recorri à “acupuntura”.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
44 – É tão eficaz como os medicamentos da farmácia.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
45 – Já utilizei remédios de “Medicina Natural”.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
46 – São tão eficazes como os de venda na farmácia.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)
47 – Já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios.	Não (1)	Sim (2)	Não sei (3)

Afirmações:	A sua concordância				
48 – Os médicos receitam demasiados medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
49 – Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
50 – A maior parte dos medicamentos cria habitação.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
51 – Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
52 – Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
53 – Todos os medicamentos são venenos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
54 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
55 – Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO II



Pág.
Of. n.º 833-CE-07
Data 16-05-07

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA
CONSELHO CIENTÍFICO

Exmº Senhor
Dr. Luís Miguel de Mendonça Soares
Santiago
Quinta de Voimarães de, Lote 12, 5º. Dtº.
3000-377 Coimbra

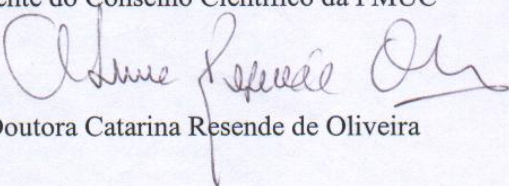
Assunto: - *Intenção de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Medicina, especialidade de Sociologia Médica/Medicina Preventiva e Comunitária.*

Comunico a V. Exª., para os devidos efeitos, que a Comissão Coordenadora do Conselho Científico reunida em 19-04-2007, apreciou e aprovou a candidatura a Doutoramento apresentada ao Conselho Científico em 4 de Abril do corrente ano, com base no disposto na alínea a) do nº. 1 do artigo 4º. do Regulamento dos Doutoramento pela Universidade de Coimbra e alínea a) do nº. 1 do artigo 30º do Dec.-Lei 74/2006 de 24 de Março.

O projecto de investigação subordinado ao tema "*Os medicamentos e o corpo*" terá como orientador o Doutor Salvador Massano Cardoso, Professor Catedrático da FMUC. Nos termos do artigo 12º. do Regulamento supra citado, cuja cópia anexo, deverá V. Exª. solicitar o registo do tema da dissertação e do respectivo plano junto dos serviços competente da respectiva Faculdade e no Observatório da Ciência e do Ensino Superior.

Com os meus melhores cumprimentos

A Presidente do Conselho Científico da FMUC


Profª. Doutora Catarina Resende de Oliveira

Para conhecimento
e devidos efeitos

Dir. c.ub. de 01.07.07

4.01.07

CE

Pág.
Ref.ª
Of. n.º 41-CE-2007
Data 02-05-07

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COMISSÃO DE ÉTICA

Exmª Senhora
Professora Doutora Catarina Resende de
Oliveira
Digníssima Presidente do Conselho
Científico da FMUC

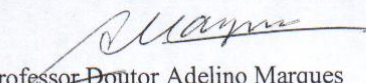
**Assunto: Intenção de doutoramento – Luís Miguel de Mendonça Soares
Santiago**

Tenho a honra de comunicar a V.Exª que a Comissão de Ética nada tem a opor ao projecto investigativo acima referido.

Convirá informar o candidato quanto à necessidade de cumprir a legislação no respeitante à construção de bases, e instruir o processo com a autorização da Direcção de Saúde competente.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente da Comissão de Ética


Professor Doutor Adelino Marques

ENTRADAS
FACULDADE DE MEDICINA
Conselho Científico
Data 03/05/07
N.º 734



Exmo Senhor Dr. Luiz Miguel Santiago
Centro de Saúde de Eiras
Rua Dr. João Pinheiro

3020-000 COIMBRA

000301

Sua Referência

Sua comunicação de

Nossa referência
CSRSC

2007-05-29

ASSUNTO: Pedido de autorização para colheita de dados

Relativamente ao pedido formulado por V. Ex.^a para realização de trabalho de campo no âmbito da Tese de Doutoramento denominada "Os medicamentos e o corpo" vimos informar da autorização desta Coordenação para a colheita de dados, desde que desta não resultem encargos para o Centro de Saúde/ Sub-Região de Saúde e que ocorra sem comprometer o serviço.

Com os mais respeitosos cumprimentos

A Coordenadora da Sub-Região de Saúde de Coimbra

(Isabel Maria Diniz dos Santos Alves Ventura, Dr.^a)


MEDICAMENTO
só quando:

INDICADO!

Depois de **PERCEBER** porque o deve tomar!

INFORMADO sobre como actua cumprindo a toma correcta e pelo **TEMPO** definido!

... ATÉ PORQUE É CARO!




MEDICAMENTO
tomado:

DISTRIBUI-SE no corpo todo.

Pode **CONTROLAR** ou **CURAR** doença.

Pode **DAR SENSÇÃO** de bem-estar mas...

SEM A AJUDA DO DOENTE PODE NÃO RESULTAR!



MEDICAMENTO
enquanto:

FAZ EFEITO é **MODIFICADO** pelo organismo para ser eliminado!

Remédios caseiros e medicamentos em conjunto... talvez!

MAS CUIDADO QUE JUNTOS PODEM DAR SARILHO!



MEDICAMENTO só quando:

INDICADO!

Depois de **PERCEBER** porque o
deve tomar!

INFORMADO sobre como actua
cumprindo a toma correcta e
pelo **TEMPO** definido!

... **ATÉ PORQUE
É CARO!**



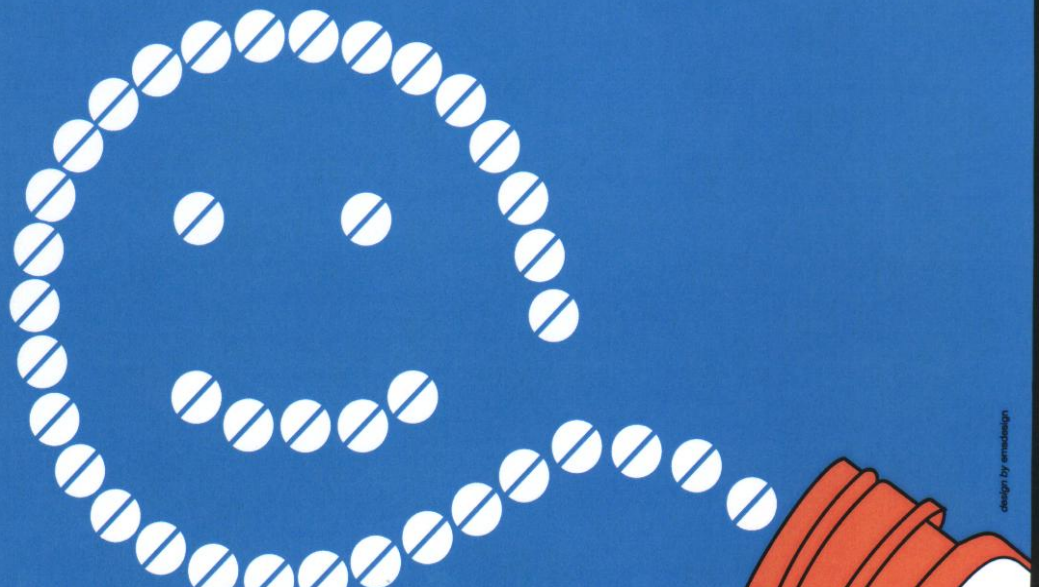
MEDICAMENTO tomado:

DISTRIBUI-SE no corpo todo.

Pode **CONTROLAR** ou **CURAR**
doença.

Pode **DAR SENSAÇÃO** de
bem-estar mas...

**SEM A AJUDA DO
DOENTE PODE
NÃO RESULTAR!**



MEDICAMENTO enquanto:

FAZ EFEITO é **MODIFICADO** pelo
organismo para ser eliminado!

Remédios caseiros e medicamentos
em conjunto... talvez!

**MAS CUIDADO QUE
JUNTOS PODEM
DAR SARILHO!**



design by emadesign



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA

CONSELHO CIENTÍFICO

Pág.
Of. n.º 959-EE-07
Data 08-06-07

Exmº Senhor
Dr. Luís Miguel de Mendonça Soares
Santiago
Quinta de Voimarães, Lote 12, 5º. Dtº.
3000-377 Coimbra

Assunto: - *Registo de doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo Medicina, especialidade de Sociologia Médica/Medicina Preventiva e Comunitária.*

Em resposta ao pedido formulado sobre o assunto supra citado, junto envio a V. Exª: um exemplar do modelo de registo do tema da dissertação e do respectivo plano de investigação, solicitando-lhe se digne providenciar a sua devolução depois de preenchido.

Envio, ainda, para conhecimento e devidos efeitos, cópia de ofício dirigido ao Prof. Doutor Salvador Massano Cardoso, orientador do trabalho de investigação.

Com os meus melhores cumprimentos

A Presidente do Conselho Científico da FMUC

Profª. Doutora Catarina Resende de Oliveira

PRESCREVER

ESTUDO

O que é que os doentes conhecem dos medicamentos que tomam?

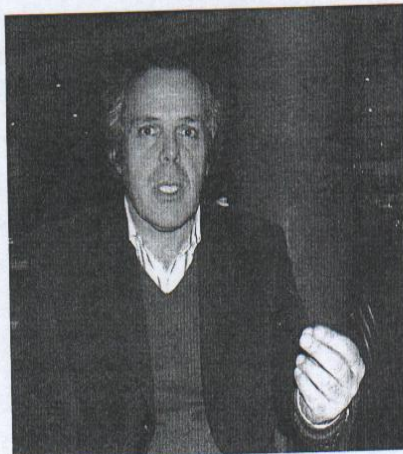
Segundo revela o Dr. Luiz Miguel Santiago, “está estimado em cerca de 4,44 euros por embalagem o desperdício de medicamentos em Portugal”. Por outro lado, acrescenta, “assume-se que quanto melhor é a formação das pessoas, e consequentemente quanto melhor é o conhecimento das coisas, melhor elas podem ser utilizadas”.

Em Portugal é também muito elevado o investimento tanto do Estado como dos doentes em medicamentos, mas, segundo uma série de estudos será reduzido o valor que se obtém de volta, por exemplo, no controlo das patologias. Porque é que isto está a acontecer é uma das questões a que o Dr. Luiz Miguel Santiago procura responder. E a resposta poderá ser que, provavelmente, as pessoas percebem pouco sobre a terapêutica farmacológica que estão a fazer.

No trabalho, que começou a ser desenvolvido em Setembro em utentes do Centro de Saúde de Eiras, onde o autor é Médico de Família, e em utentes do Serviço Nacional de Saúde a nível nacional — num total de 400 pessoas —, entram dois conceitos: o conceito da necessidade da terapêutica versus o conceito daquilo que o indivíduo quer para a sua qualidade de vida. “Para a maioria, o que interessa é não ter dores, mas para outros, se bem que isso seja importante, o fundamental será o controlo de uma patologia que a prazo pode ser problemática”, explica o Dr. Luiz Miguel Santiago. “Este conjunto leva-nos a pensar que temos que perceber o que é que as pessoas sabem sobre os medicamentos que tomam”.

Até agora esta temática só foi abordada em alguns artigos neozelandeses. “Nunca ninguém procurou explicar às pessoas como é que o medicamento vai actuar no seu organismo”, salienta o especia-

O Dr. Luiz Miguel Santiago, especialista em Medicina Geral e Familiar, está a preparar uma tese de doutoramento, cuja primeira fase está já concluída, sobre “Medicamentos e corpo – Consumidores de fármacos, o que pensam e o que sabem”. Orientado pelo Prof. Massano Cardoso, este trabalho pretende estudar o que é que as pessoas sabem sobre os medicamentos e perceber o que é que se deve fazer para levar a uma melhor utilização dos medicamentos, em particular em terapêuticas prolongadas



Dr. Luiz Miguel Santiago

lista. “Mas se as pessoas perceberem toda a cadeia de fenómenos que ocorrem, desde que é feita a prescrição médica, acabam por perceber que, se calhar, sem o medicamento não são capazes de viver tão bem”.

No entanto, e por outro lado, as pessoas têm também que ser capazes de utilizar os medicamentos de forma correcta e prolongadamente. Mas para isso, por exemplo, “é preciso explicar aos doentes que o medicamento depois de tomado se espalha por todo o corpo, e daí os efeitos secundários às vezes verificados”. Trata-se no fundo que as pessoas percebam como é que o medicamento actua no seu corpo e, ao mesmo tempo, que saibam que vários medicamentos interagem uns com os outros. “Dois medicamentos ao ser usados em conjunto podem poten-

ciar o seu efeito ou, pelo contrário, podem antagonizar esse efeito”.

Mais uma vez se cruzam dois conceitos: o de farmacodinâmica, o que é que o medicamento faz ao organismo, e o de farmacocinética, ou seja, o que é que o organismo faz ao medicamento para o eliminar.

Dos resultados até agora apurados, o Dr. Luiz Miguel Santiago extraiu já algumas conclusões provisórias. “Alguns dos resultados dizem-me que as pessoas até sabem mais do que eu julgava, o que é bom. Mas há outros resultados em que as pessoas dão respostas piores do que aquilo que eu esperava”, admite. Por exemplo, muita gente pensa que o medicamento apenas corrige o que está errado no corpo, o que é falso.

Outra das conclusões é que há ainda muito recurso aos remédios. Aqui é preciso explicar que, de acordo com o estudo do Dr. Luiz Mi-

guel Santiago, medicamento é tudo aquilo que o médico receita e remédio tudo o que a pessoa pode comprar na ervanária, ou lojas similares. “Mas convém dizer às pessoas que tomam os chás que eles têm também efeitos terapêuticos”.

Qualquer medicamento, recorda, “tem os seus efeitos secundários, pelo que há que saber tomá-los com peso e medida e, sobretudo, segundo as indicações terapêuticas do médico”. O grande problema é que as pessoas fazem terapêuticas erráticas. “Tomam e de repente deixam de tomar”.

O objectivo de fim de linha do estudo do Dr. Luiz Miguel Santiago é criar um indicador em função da idade, do sexo, da formação, e de uma série de outros parâmetros, que permita perceber qual o nível de informação que se deve dar aos doentes para que eles possam assumir

uma terapêutica correcta e continuada.

Sem perder de linha de conta, por exemplo, que uma alimentação equilibrada tem também muitas vezes influência no sucesso das terapêuticas. “Os estudos que suportam que o Infarmed aprove um determinado medicamento são feitos sob algumas condicionantes, quer de exercício físico, quer de dietas, quer de outras condições básicas, às quais se acrescenta depois o medicamento”, recorda o especialista em Medicina Geral e Familiar.

A política de embalagem em Portugal não é também a melhor, reconhece. Há um grande desperdício de medicamentos, que são vendidos em caixas muitas vezes exageradas para o tipo de terapêutica para que estão indicados. Daí que o Dr. Luiz Miguel Santiago defenda a monodose que, acredita, “não vai prejudicar em nada a indústria farmacêutica. O doente precisa de 60 comprimidos e eu receito 60 comprimidos. Precisa de 5, eu receito 5”.

Os primeiros inquéritos revelam também que a maioria das pessoas tem desconhecimento e uma enorme desconfiança em relação ao que está a tomar. É pois preciso “que as pessoas saibam não só o que é que o medicamento pode fazer por elas, mas o que elas podem fazer pelo medicamento”. Uma relação tripartida que envolve a relação da pessoa com a doença, da pessoa com o medicamento e da doença com o medicamento. Quanto aos médicos, garante o Dr. Luiz Miguel Santiago, “estão desportos para esta questão e vão estar cada vez mais, porque cada vez mais isto é real”. Um novo questionário deverá ser lançado em Abril, sendo as conclusões serão elaboradas durante o próximo Verão. ■

Paula Alexandra Almeida



ALTERnativas Bioequivalentes

MAIS QUE UMA SOLUÇÃO...
UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA

ALTERnativas Bioequivalentes



empreendedores por tradição

Estudo pretende avaliar conhecimento da população sobre medicamentos

O que sabem os consumidores de fármacos?

O forte investimento financeiro em medicamentos nem sempre corresponde a ganhos para a saúde. Porque a falta de informação é responsável por parte deste problema, um estudo numa população de Coimbra avalia o que sabem os consumidores de fármacos.

MODEL V7421H

[illegible]

travado novas técnicas de os tratar e formar. «Medicamentos e corpo» — Consumidores de fármacos, o que pensam e o que sabem e o tema do trabalho no âmbito do doutoramento em Medicina Preventiva, orientado por Salvador Massimo Cardoso.

«Uma sociedade mais indolente, mais lenta, mais inerte, mais malade, pode utilizar melhor as tecnologias de que dispõe, neste caso dos medicamentos. Ao contrário, se as pessoas não estiverem constantemente informadas, se as terapêuticas são feitas



O estudo integra-se na tese de doutoramento do médico Luiz Santiago

Nenhum medicamento é indicado, sem recomendações específicas, como é explicado no Sumário de Características do Medicamento, um instrumento para médicos em que se registra também a indicação destinada aos consumidores em cada embalagem. Os médicos em cada embalação, através do método do Centro de Saúde de Euzerou, analisam o que as pessoas sabem sobre medicamentos identificando-as através que

Caracterização dos inquiridos

Insuficiência por via respiratória: 80 pessoas, que é, a partir do dia 19 de Setembro do 2007 (apresentando o centro de saúde), observamos a população de 377 indivíduos com uma taxa média de 48,5 anos ($\pm 8,6$ por cento) entre os 16 e os 35 anos, 21,1 por cento entre os 36 e os 50 anos, 21 por cento entre os 51 e os 65 anos e 11,2 por cento com mais de 65 anos. Vivendo em 59,6 por cento de famílias que se prepara em casa com água, 30,2 por cento com mais de 65 anos. Quando se trata do centro de saúde, 30,2 por cento são homens, 69,8 por cento são do centro formação a antiga 4ª classe e 39,5 por cento o antigo 7º ano. Assim, além de doença crônica 31,1 por cento dos indivíduos, admitindo continuamente remédios.

[illegible]

Com tempo e regras

É certo que a maioria das pessoas inquietas sabem que o medicamento não funciona tão rápido quanto se acredita. Mas, enquanto aguardam, muitas não sabem o que fazer para aliviar o desconforto. Segundo o médico, a maioria dos pacientes que procura o tratamento não sabe o que fazer para aliviar o desconforto. Segundo o médico, a maioria dos pacientes que procura o tratamento não sabe o que fazer para aliviar o desconforto.

Fármaco versus remédio

As pessoas que responderam ao questionário aceitaram que nem todas as consultas resultam em prescrição e cerca de

Agora mais perto de si!

de SERVIR

11

COMO SE FA

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328</

TRESPASSA-SE RESTAURAM
Zona Mealhada
Boa Clientela
965 342 594 / 916 365 434

RESTAURANTE
TRÉPASA-SE
CASA DE ALMOÇO
CASA DE JANTAR
CASA DE DOCE

CLIMA
Ambiente romântico e acolhido
Vistas para o Rio Ceará.

CLIMA
Clima de Saúde do Ceará
Etnia Alenteja e Carijóis

CLIMA
Climas e espaços e tradições - Arquivo SNE - R. CDS - 414
Quinta da Velha, Box 17 - 600-130 Coimbra - Tel. 239

CLIMA
e Fevereiro de 2008
CLIMA de Saúde do Ceará
CLIMA de Saúde do Ceará
CLIMA de Saúde do Ceará


COIMBRA para ouvir... finalmente

**Recepção
de anúncios
e pagamento
de assinaturas**

Na Lousã

Diário de Coimbra
líder de audiência

Papalria ABC



Continuar a OBRA do P. DAMIÃO para

Hoje em Coimbra

TRESPASSA-SE RESTAURAN
Zona Mealhada
Boa Clientela
965 342 594 / 916 365 45

Restaurante
Os Namorados
faça a sua reserva
Ambiente romântico e acolhedor
Visitas para o Rio Ceará.
C/ R. da Esplanada, 100 - J. da Boa Vista - Fortaleza - CE
Tel: (85) 323.3148
Fax: (85) 324.9211

CARDIOLOGIA
Dr. Ruy A. de Castro, M.D.
Dr. Ruy A. de Castro, M.D.

Clinica de Saúde do Coração
Gina Alves e Carlos

Consultas e exames de cardiologia - Acorde 59%, P/T CDC, Mx.
Quinta da Varzea, lote 17 - Iguá 3 - 0906-320 Coimbra Tel. 229 9

O medicamento:
porquê, para quê
e como?

Luis Miguel Santiago
Médico

Ouem de nós não tem pelo
em casa e não diz "Lá-
nossa?"

[illegible][illegible]

É importante notar, no que diz respeito à relação "desempenhoacadêmico", se no caso da dor é a dor que impede o aluno de estudar, ou se a dor é apenas um sintoma de uma doença que impede o aluno de estudar. Nesse caso, a dor é apenas um sintoma de uma doença que impede o aluno de estudar, e não a dor em si que impede o aluno de estudar. Portanto, a dor é apenas um sintoma de uma doença que impede o aluno de estudar, e não a dor em si que impede o aluno de estudar.

Os medicamentos podem ajudar a controlar a doença. Há medicamentos para a maioria das doenças.

cadê mesmo, que os médicos combatem: próstata e diabetes. O tipo de medicação utilizada para uma doença, uma infecção, em particular, e como uma habilitação própria. Mas se uma doença pode aparecer de uma e não de outra, e de uma a outra, então, que tipo de doença é? É, de longe, mais interessante, se informada e percebida, uma interação do mundo de dentro com o mundo de fora. É, então, sempre, e de qualquer maneira, e do que esperar por os ritmos de ação e movimento e a necessidade de se sentir

Com o computador, sabe-se por experiência que a realização pode ser feita por um determinado resultado se obtido em uma dose em determinado tempo, por isso, o gráfico de tempo e dose for ajudado por meio de uma dose, geralmente com características que indicam de acordo com a realização.

Éo medicamento tem um preço a pagar de farmácia que não é menor do que pode até ser bastante caro, pois, é preciso lembrar, trata-se de um produto milagroso, até pode parecer um conto sem fim!

[illegible]

196 Sejam f e g funções para as
quais $f(x) = x^2 + 1$ e $g(x) = x^2 + 2$.
Então, $(f+g)(x) = 2x^2 + 3$.

Esse alguão deve ter informação sobre a razão de estar sendo incluído para tomar decisões. Kasper o fez, certo? Esse alguão pode usar o resultado, ele pode dá o seu endereço.

Centre de Recherche Économique
Tél. 239-99-99

O medicamento: porquê, para quê e como?!

Quem de nós não tem hoje em casa quase uma “farmácia”?

Quem de nós não tem familiares, ou só conhecidos, ou nós mesmos, que precisam de tomar medicamentos para curar uma doença aguda, como uma amigdalite, ou para controlar outra, crónica, como a tensão arterial alta, um mal estar psíquico, ou dores graves contínuas nas articulações, ou uma asma ou uma bronquite, ou mesmo a diabetes ou o excesso de colesterol!

Pois é, o medicamento está hoje muito presente nas nossas vidas e no nosso dia a dia.

Tomamo-lo por vezes porque a dor de cabeça é insuportável e noutras até nem o tomamos porque é uma maçada ter de todos os dias engolir uma cápsula ou um comprimido por causa de uns valores que estavam alterados nas análises de rotina! E noutros casos até nem os tomamos porque, apesar de receitado, este mês houve outras despesas e já não há orçamento para tudo!

E nem pensamos, muitas vezes, no que está em causa na relação doença/medicamento!

Se no caso da dor de cabeça (aqui apenas como um exemplo) com um “medicamento” para as dores ficamos melhor e sabemos, quer por experiência própria quer porque no-lo disseram, que não há risco de o tomar por períodos curtos e porque a doença é benigna e transitória, noutros casos e noutras doenças já o mesmo não sucede.

As doenças diagnosticam-se pela apresentação de queixas e verificação de sinais, depois confirmados por exames analíticos.

E as doenças, muitas vezes, necessitam de “tratamento” por medicamentos.

Os medicamentos podem ajudar a controlar a doença. Há indicações exactas para a utilização de cada medicamento, que os médicos conhecem, não sendo indiferente o tipo

de medicamento a usar para uma doença num indivíduo particular com uma história própria.

Mas se uma doença pode apenas ter controle e não cura, é de toda a importância que quem está doente e vai ter de tomar medicamentos, seja informado e perceba essa informação do porquê de os tomar, das consequências de os tomar e do que esperar por os tomar e... aceite conscientemente a necessidade de os tomar.

O medicamento, sabe-se por estudos realizados, pode permitir obter um determinado resultado se tomado em certa dose, em determinado horário, por um certo período de tempo e se for ajudado por medidas, não forçosamente medicamentosas, que o doente deve aceitar realizar.

E o medicamento tem um preço a pagar na farmácia quando é comprado, que pode até ser bastante elevado, pelo que investir dinheiro no próprio corpo e utilizá-lo mal até pode parecer um contra-senso!

Se utiliza um produto para “curar” uma doença e este faz efeito, o resultado pode desaparecer assim que o deixe de tomar pelo que é bom que perceba porque o deve tomar e queira ter informação sobre os seus medicamentos.

Ou seja:

Há indicação para receitar medicamentos;

Há alguém, o doente, que os vai ter de tomar medicamentos;

Esse alguém, o doente, deve ter informação sobre a razão de tomar medicamentos para conscientemente aceitar o tratamento e,

Esse alguém, o doente, passa a ser o responsável pela toma da sua medicação.

Luiz Miguel Santiago

Médico

SAÚDE

HIRSUTISMO

Excesso de pêlos afecta muitas mulheres

O HIRSUTISMO, excesso de pêlos nas mulheres, afecta já entre 5 a 8 por cento da população mundial, afirmou o endocrinologista Jorge Dóres, à margem do IX Congresso Português de Endocrinologia. Em declarações à agência Lusa, Jorge Dóres, endocrinologista no Hospital de Santo António, disse não ter dados sobre a incidência deste problema nas mulheres portuguesas, mas sublinhou que 5 a 8 por cento da população mundial é muito significativo.

O especialista adiantou que a população afectada pelo hirsutismo é muito heterogênea, sendo, por exemplo, mais frequente nas mulheres da Europa mediterrânea do que nas nórdicas, o que se deve a uma base genética.

O hirsutismo apresenta-se de forma variável, sendo a mais frequente a face, tendo em conta que é a zona em que as mulheres mais se vêem obrigadas a procurar ajuda médica.

A causa do hirsutismo está em 80 por cento dos casos relacionada com um desequilíbrio hormonal, nomeadamente com o excesso de hormonas masculinas. Este sinal aparece, sobretudo, na mulher na idade fértil porque depois da menopausa é pouco frequente, acrescentou Jorge Dóres.

O hirsutismo feminino não é uma doença mas sim um sinal de que algo está em desequilíbrio no organismo, pelo que o primeiro passo para resolver o problema é descobrir a causa para depois avaliar-se a terapêutica a utilizar de modo a devolver o equilíbrio ao organismo, explicou o especialista.

Se a causa for um tumor da supra-renal ou do ovário a terapêutica passa pela cirurgia. Se a causa for o excesso de produção de hormonas masculinas, o tratamento passa pela prescrição de uma pílula com elevado nível de progesterão e com acção anti produção de hormonas masculinas pelo ovário.

ENFERMEIROS Tertúlia debate problemas da profissão

“Mercado de trabalho é árido, mas desafiante”

A partilha de experiências no mercado de trabalho e da participação na vida política dominou o debate, realizado em Coimbra. O papel cívico do enfermeiro também esteve em destaque.



EM COIMBRA estiveram em debate os problemas actuais da enfermagem

Raquel Mesquita

Em Portugal existem cerca de 55 mil enfermeiros. Na região Centro o número já atingiu os 11.500. Numa altura em que a taxa de desemprego continua a aumentar, já nem os profissionais da área da saúde estão seguros.

Muitos têm contratos precários, trabalham muitas horas por dia e não recebem por isso, e há aqueles que não conseguiram ainda colocação ou que, pelo encerramento de alguns serviços, acabaram por ser “dispensados”. Já não é estranho ver enfermeiros atrás de uma banca de supermercado, numa lavandaria ou até mesmo a fazer promoções.

O panorama não é agradável, mas o presidente cessante da Ordem Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros (OE), Amílcar Carvalho, continua a defender que o

mercado de trabalho é “árido para os jovens licenciados, mas é desafiante. Há imensas oportunidades, é preciso é descobri-las”.

A tertúlia “Os enfermeiros na vida política” juntou, na passada sexta-feira, em Coimbra, estudantes, profissionais e curiosos. Além da bastonária da OE, Maria Augusta Sousa, o evento contou com a presença dos enfermeiros Maria Ercília Bilro, que partilhou a sua experiência como voluntária da Assistência Médica Internacional, Maia Gomes e Nelson Fernandes, que falaram sobre as autarquias e o papel do enfermeiro no associativismo, e ainda a antiga deputada Natália Filipe.

O debate não foi acessório, mas conseguiu ser “elucidativo”. A partilha de vivências de cidadania e a identificação de oportunidades e desafios da actividade política na saúde das populações esteve em alta. A

voluntade era unânime: “chegar a conclusões para desenvolver a enfermagem”.

Amílcar Carvalho, como organizador do evento, defende que a discussão de realidades é “sempre um grande passo, na tentativa de melhorar as condições de trabalho”. E porque muitas vezes muitos profissionais de saúde não têm oportunidades de exercer na totalidade as suas funções, “é preciso inverter a situação, que a classe política faça alguma coisa e rapidamente”, sugere Amílcar Carvalho.

Quanto à formação, o enfermeiro, que agora terminou o seu mandato como presidente da secção regional da OE, afirma que a dinâmica do aperfeiçoamento profissional tem que ser levada em conta, numa tentativa de melhorar a qualidade do trabalho, até porque os enfermeiros “devem oferecer sempre mais aos outros, do que a si próprios”.

PELA SUA SAÚDE

O medicamento: onde actua?



Dr. Luiz Miguel Santiago (*)

Médico

Provavelmente muitos dos leitores ter-se-ão já inquirido sobre como actua o medicamento que tomam quando têm sintomas, como dores, ou quando, por força de uma doença, a eles devem recorrer para controlo ou cura.

Pois bem:

Um medicamento após ingerido pela boca, colocado na pele, injectado no músculo ou debaixo da pele, ou mesmo introduzido no recto, começa por ser absorvido pelo corpo entrando em circulação sanguínea, tal como aquilo que comemos.

Assim distribui-se por todo o organismo indo exercer acções que são mais marcadas nos departamentos do corpo onde haja locais influenciáveis pelo medicamento.

De facto, o que o medicamento faz é modificar funções de pequenas partes do nosso corpo, concretamente as células, que, por efeito da acção do medicamento passam a entender-se de forma diferente, o que pode significar, por exemplo, sentirmo-nos mais bem dispostos, passarmos a ter sono, verificarmos um abaixamento da pressão arterial, ou uma melhoria da arritmia cardíaca, ou mesmo passarmos a respirar melhor!

Realmente um medicamento distribui-se em todo o corpo, mas pela sua forma química vai reagir com determinados sítios, modificando as suas funções e assim obtendo o resultado que é pretendido, qual chave que consegue abrir uma porta, havendo outras que também entram na fechadura mas não conseguem rodar!

Noutros casos, como os antibióticos, o que se passa é a impossibilidade das bactérias - seres vivos que nos colonizam e de repente desatam a crescer - se conseguirem reproduzir, pelo que a infecção ao fim de alguns dias está de-

belada. Mas caso o tratamento não seja feito pelas doses e pelo tempo necessário, ou se a bactéria tiver desenvolvido “resistência” - o que pode acontecer, como dores, por ter sido mal tomado em ocasiões anteriores - é não resultar.

E por ter de ser distribuído por todo o corpo, após absorvido, para fazer efeito, precisa de ser correctamente tomado, pelo que a ajuda na correcta toma por quem deles precisa é importante.

No entanto, não se julgue que os medicamentos só por si resolvem tudo!

Se não houver o cuidado de cumprir aqueles conselhos como o andar a pé, o ter cuidado com o que se come, o modificar as rotinas diárias e mesmo o poder dispor de algum tempo semanal para si, talvez o efeito de tratamento que é pretendido, não seja aquele que se venha a alcançar, quando comparado com o que foi obtido em estudos anteriormente realizados e que levaram a que o Estado tivesse aprovado um determinado medicamento, para ele tivesse encontrado um preço e ainda assumisse pagar uma parte do seu custo, participando-o!

E mesmo que outros custos possam aparecer, como a necessidade de ir de novo ao médico, porque se sente mal quando o toma, quer no seu físico, quer nas suas sensações, quer mesmo porque do medicamento nada consegue obter de melhoria, porque os medicamentos são caros ou porque há regras para podermos obter os melhores resultados, convém cumprir o que os médicos aconselham.

O seu médico de família, quando trata a SUA saúde, é, sem dúvida, o seu melhor AMIGO.

(*) Chefe de Serviço no Centro de Saúde de Eiras
Telef. 239 499 500

Gabinete de Radiodiagnóstico do Centro CANTANHEDE

Raios X - Ecografia - Mamografia digital

Ecocardiografia - Radiologia digital

Ecodoppler - Ortopantomografia digital

Cefalometria - Densitometria Óssea

Rua das Parreiras, n.º 19 - 1.º Dt.º - 3060-154 CANTANHEDE - Telef. 231 422 236

LASERLINK
CLÍNICA MÉDICA ESTÉTICA

- Laser de Depilação
- Laser Vascular
- Laser de Rejuvenescimento
- Tratamento de Cicatrizes com laser
- Tratamento de Celulite
- LPG Endermologia

Qt.º de Vismarões
Rua São Teotónio,
L1-9 - r/c E
(Torre do Meio)
3000-377 COIMBRA
Tel.: 239 484 004
Fax: 239 484 265

Agora também em Coimbra!

Tratamento Natural de

Padecimento de coluna	Ácido Úrico
Edemas	Varizes
Retenção de líquidos	Pernas inchadas
Celulite	Artroses
Colestrol	Diabetes

Marque uma terapia e comprove

Marcação de terapias

239 701 224
963 939 251
919 893 086

O Medicamento: como actua?

Provavelmente muitos dos leitores ter-se-ão já inquirido sobre como actua o medicamento que tomam quando têm sintomas como dores, ou quando, por força de uma doença, a eles devem recorrer para controlo ou cura.

Pois bem:

Um medicamento após ingerido pela boca, colocado na pele, injectado no músculo ou debaixo da pele, ou mesmo introduzido no recto, começa por ser absorvido pelo corpo entrando em circulação sanguínea, tal como aquilo que comemos.

Assim distribui-se por todo o organismo indo exercer acções que são mais marcadas nos departamentos do corpo onde haja locais influenciáveis pelo medicamento.

De facto o que o medicamento faz é modificar funções de pequenas partes do nosso corpo, concretamente as células, que, por efeito da acção do medicamento passam a entender-se de forma diferente, o que pode significar, por exemplo sentirmo-nos mais bem dispostos, passarmos a ter sono, verificarmos um abaixamento da pressão arterial, ou uma melhoria da arritmia cardíaca, ou mesmo passarmos a respirar melhor!

Realmente um medicamento distribui-se em todo o corpo mas pela sua forma química, vai reagir com determinados sítios, modificando as suas funções e assim obtendo o resultado que é pretendido, qual chave que é a tal que consegue abrir uma porta havendo outras que também entram na fechadura mas não conseguem rodar!

Noutros casos, como os antibióticos, o que se passa é a impossibilidade das bactérias – seres vivos que nos colonizam e de repente desatam a crescer - se conseguirem reproduzir, pelo que a infecção ao fim de alguns dias está curada. Mas caso o tratamento não seja feito pelas doses e pelo tempo necessário, ou se a bactéria tiver desenvolvido “resistência” – o que pode acontecer, por exemplo, por ter sido mal tomado em ocasiões anteriores – pode não resultar.

E por ter de ser distribuído por todo o corpo, após absorvido, para fazer efeito, precisa de ser correctamente tomado, pelo que a ajuda na correcta toma por quem deles precisa é importante.

No entanto, não se julgue que os medicamentos só por si resolvem tudo!

Se não houver o cuidado de cumprir aqueles conselhos como o andar a pé, o ter cuidado com o que se come, o modificar as rotinas diárias e mesmo o poder dispôr de algum tempo semanal para si, talvez o efeito de tratamento que é pretendido não seja aquele que se venha a alcançar, quando comparado com o que foi obtido em estudos anteriormente realizados e que levaram a que o Estado tivesse aprovado o medicamento, para ele tivesse encontrado um preço e ainda assumisse pagar uma parte do seu custo participando-o!

E mesmo que outros custos possam aparecer, como a necessidade de ir de novo ao médico porque se sente mal quando o toma quer no seu físico, quer nas suas sensações, quer mesmo porque do medicamento nada consegue obter de melhoria e porque os medicamentos são caros e porque há regras para podermos obter os melhores resultados, convém cumprir o que os médicos aconselham.

Luiz Miguel Santiago
Médico

SAÚDE

DIA MUNDIAL DO CANCRO Comemorações sem iniciativas em particular

“Equipamento de ponta” no CROC

Três aceleradores lineares são alguns dos novos equipamentos de radioterapia que já estão em funcionamento no Centro Regional de Oncologia do Centro (CROC).

António Alves (*)

“É um dia de trabalho normal”. Foi, desta forma, que o presidente do Conselho de Administração do CROC, Manuel António, respondeu à questão colocada pelo DIÁRIO AS BEIRAS sobre a realização de alguma iniciativa inserida no Dia Mundial contra o Cancro. O médico entende que a luta contra esta doença não se faz unicamente nesta data mas “todos os dias do ano e com a prática saudável de hábitos de vida”. Ao mesmo tempo, considera fundamental que as mulheres e homens façam o rastreio para que seja possível tratar “com eficiência e o mais precocemente” a doença.

Nessa matéria, o CROC dispõe, há alguns meses, de “equipamento de ponta” na área da radioterapia. Os três aceleradores lineares, que permitem tratar esta patologia “com mais eficiência e precisão”, deixam Ma-

nuel António orgulhoso.

O novo equipamento admite ainda a implementação de novas técnicas de radiocirurgia “com melhores resultados”. Boas notícias para uma doença que está, indiscutivelmente, ligada “ao sofrimento e morte, mas que já não é assim tão pesada”. Isto porque 60 por cento dos casos diagnosticados precocemente têm resultados positivos. Refira-se que o cancro é a segunda causa de morte nos países ocidentais e a primeira entre a faixa etária dos 35 aos 64 anos.

“Linha Cancro” estreia hoje

No Dia Mundial Contra o Cancro, que hoje se comemora, a Liga Portuguesa Contra o Cancro vai lançar a “Linha Cancro”, um número de telefone que funcionará todos os dias úteis, entre as 17H00 e as 22H00, de forma gratuita. O 808 255 255 pretende informar e apoiar doentes, os seus fami-



MANUEL ANTÓNIO disse que o combate ao cancro é feito diariamente

liares e o público em geral sobre a doença, nomeadamente esclarecendo questões relacionadas com o diagnóstico, tratamento e direitos legais das pessoas com cancro, assim como informações sobre prevenção e rastreio. “A equipa de enfermeiros e psicólogos que faz parte deste projecto, inédito em Por-

O ENVIADO especial das Nações Unidas para a erradicação da tuberculose, Jorge Sampaio, afirmou, uma vez mais, que “por um custo razoável” podem ser evitadas anualmente em todo o mundo 1,6 milhões de mortes provocadas por aquela doença.

PELA SUA SAÚDE

Medicamentos:
e depois de tomados...Dr. Luiz Miguel Santiago (*)
Médico

Já alguma vez se perguntou sobre o que acontece após engolir um medicamento ou tê-lo colocado na pele? Ou após lhe ter sido injetado ou administrado de uma outra qualquer forma?

Certamente já percebeu que quando tem fome, porque o seu corpo acha que há pouco açúcar a circular, só consegue resolver tal problema comendo. E depois de comer voltará a ter fome daí por umas horas. E se comer demais ou se comer muito poucas vezes por dia, mas comendo muito ou sobretudo certos tipos de alimentos, virá a ter reflexos no seu corpo, nomeadamente um pouco mais de barriga, maior cansaço, pior qualidade de vida e até mesmo, a prazo, outras doenças que podem ser motivadas quer pelo excesso quer pela falta ou carência!

Pois bem: com os medicamentos passa-se exactamente o mesmo!

Quando, por exemplo, engole uma cápsula ou um comprimido, este vai para o estômago e daí para o intestino delgado. Tanto num como no outro é absorvido, isto é, entra na corrente sanguínea e com o sangue vai a toda a parte do nosso corpo, ou seja, depois de absorvido é distribuído e, ao ser distribuído, entra em contacto com todas ou quase todas as mais pequenas partes do nosso organismo, onde vai poder modificar algumas funções do corpo - que é o que se pretende que aconteça - no bom sentido entendido. Esta acção do medicamento chama-se farmacodinâmica. Até esta fase tomámos algo que depois de ingerido, foi absorvido e fez efeito!

Ao mesmo tempo que se distribui em todo o corpo, o medicamento, entra em contacto com órgãos que o modificam por forma a que, de apenas misturável em gordura, passe a ser misturável em água, ou seja, o nosso corpo faz aquilo que tecnicamente chamamos de farmacocinetica. Assim o medicamento passa a ser eliminado quer pelas fezes quer pela urina, locais onde também muitas vezes é eliminado sem ter sido alterado pelo corpo. Temos assim duas características importantes da relação entre medicamento e organismo: o que ele nos faz, a farmacodinâmica e o que nós lhe fazemos, a farmacocinetica.

Isto é mais ou menos igual ao que nos acontece com os alimentos. Só que quando falamos em medicamentos e alimentos, falamos também de muitas outras acções que podemos desencadear no nosso corpo, como por exemplo os remédios caseiros.

Definindo remédio como o produto que se compra na ervanária (o chá), o tratamento de acupuntura, quando toma remédios de médicos de outras disciplinas, ou aquilo que prepara em casa segundo receita que lhe deram ou de que soube, é bom saber que estes não são mais que formas de administrar ao corpo substâncias que até são capazes de modificar funções como os medicamentos. Acerca dos remédios, nós não sabemos exactamente quanta substância é ingerida em cada chávena de chá, nem qual o exacto componente que actua, enquanto que no medicamento sabemos isso tudo. E ainda sabemos que muitos dos medicamentos, aquilo que é receitado pelos médicos, até são desenvolvimentos a partir dos remédios, por não haver capacidade de encontrar matéria prima na natureza para a quantidade de substância necessária à indústria farmacêutica.

Os menos novos lembrar-se-ão ainda das mais antigas farmácias, onde se arranjavam os linimentos, os manipulados, os xaropes e as pomadas, após a entrega de uma receita feita por um médico. Dava-se a receita e iam lá, mais tarde, levantar o frasco com um rótulo e um escrito explicativo. Muitas pessoas tomam remédios e medicamentos, sendo que ambos são transformados pelo nosso organismo ou seja, ambos têm farmacocinetica! Por vezes ocorrem um com o outro, pelo que podem aparecer sinais e sintomas que se julgam devidos a uma doença nova, mas que afinal apenas são devidos a acções entre eles, o que também acontece com alimentos e outros medicamentos. Assim sendo, a informação ao seu médico de família sobre o que está a tomar, é certamente muito importante para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Centro de Saúde de Eira
TELF. 239499500

ANADIA

Litério Marques promete tréguas à nova ministra

O PRESIDENTE da Câmara de Anadia prometeu dar tempo à ministra da saúde para analisar a questão das urgências no (seu) concelho.

O presidente da Câmara de Anadia, Litério Marques, já fez saber que não participa em mais nenhum protesto pela reabertura da urgência hospitalar, enquanto a nova ministra não tiver oportunidade de estudar em profundidade o assunto.

“Queremos diálogo e estamos preparados para isso. Com a minha participação não há mais manifestações e entendo que a nova ministra da Saúde deve dispor de um tempo razoável para estudar o assunto em profundidade”, disse o autarca.

Litério Marques falou aos jornalistas à margem da apresenta-

ção da primeira exposição colectiva de Arte Contemporânea da Bairrada, no Museu do Vinho, Anadia.

Afirmando a sua “abertura total ao diálogo”, Litério Marques garantiu que Ana Jorge terá no presidente da Câmara de Anadia um interlocutor construtivo, se assim o desejar, e anunciou que tencionava convidar a nova ministra a visitar o Hospital de Anadia, assim que ela tiver disponibilidade de agenda.

“Vamos convidar a nova ministra a visitar o Hospital de Anadia e procurar que haja o melhor entendimento”, disse.

Confrontado com a posição do primeiro-ministro de que as medidas tomadas seriam mantidas, Litério Marques mantém a esperança de que seja encontra-

da uma solução que “vá ao encontro dos interesses das populações”. “O que se fez em Anadia não é uma situação resolvida pelo que decidir bem não será voltar atrás”, declarou.

Sobre os termos de um possível acordo com o Ministério da Saúde, o presidente da Câmara afirma estar na disposição de aceitar “tudo o que for construtivo para o Hospital de Anadia” e entende que o mesmo “pode constituir uma mais-valia para ajudar a desbloquear alguns problemas que se verificam nos hospitais de Aveiro e Coimbra”.

Sublinhou, no entanto, que “assim como ninguém troca uma casa por um carro, também a população de Anadia não troca o seu Hospital por uma ambulância, como se pretendia”. Litério

Marques justificou o seu envolvimento nos protestos pela manutenção da urgência hospitalar por “dever cívico”. “Não tenho nenhum interesse político. Trata-se da atitude cívica do presidente da Câmara, quando estão em causa os interesses das pessoas e é minha obrigação estar ao lado da população”.

Sobre a possibilidade de virem a ocorrer novos protestos, por iniciativa do movimento “Unidos pela Saúde”, Litério Marques demarca-se. “Pessoalmente não concordo com novas manifestações, em que não participarei, mas estamos num país livre”.

Entendo que a ministra merece que se crie um clima propício a negociações, que possam favorecer uma decisão com tranquilidade”, concluiu.

Gabinete de Radiodiagnóstico do Centro CANTANHEDE

Raios X - Ecografia - Mamografia digital
Ecocardiografia - Radiologia digital
Ecodoppler - Ortopantomografia digital
Cefalometria - Densitometria Óssea

Rua das Parreiras, n.º 19 - 1.º Dt.º • 3060-154 CANTANHEDE • Telef. 231 422 236

LASERLINK
CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

- Laser de Depilação
- Laser Vascular
- Laser de Rejuvenescimento
- Tratamento de Cicatrizes com laser
- Tratamento de Celulite
- LPG Endermologia

Qt.º de Voimariães
Rua São Teotónio,
Lr.º 9 - r/c E
(Torre do Meio)
3000-377 COIMBRA
Tel.: 239 484 004
Fax 239 484 265

Agora também em Coimbra!

Marcação de terapias

Tratamento Natural de

Padecimento de coluna	Ácido Úrico	239 701 224 963 939 251
Edemas	Varizes	
Retenção de líquidos	Pernas inchadas	

Artroses

Medicamentos: E depois de tomados...

Já alguma vez se perguntou sobre o que acontece após engolir um medicamento ou tê-lo colocado na pele? Ou após lhe ter sido injectado ou administrado de uma outra qualquer forma?

Certamente já percebeu que quando tem fome, porque o seu corpo acha que há pouco açúcar a circular, só consegue resolver tal problema comendo. E depois de comer voltará a ter fome daí por umas horas. E se comer demais ou se comer muito poucas vezes por dia e aí comer bem e se comer sobretudo certos tipos de alimentos, virá a ter reflexos no seu corpo, nomeadamente um pouco mais de barriga, maior cansaço, pior qualidade de vida e até mesmo, a prazo, outras doenças que podem ser motivadas quer pelo excesso quer pela falta ou carência!

Pois bem: com os medicamentos passa-se exactamente o mesmo!

Quando, por exemplo engole uma cápsula ou um comprimido, este vai para o estômago e daí para o intestino delgado. E tanto num como no outro é absorvido, isto é, entra na corrente sanguínea e com o sangue vai a toda a parte do nosso corpo. Ou seja depois de absorvido é distribuído e, ao ser distribuído entra em contacto com todas ou quase todas as mais pequenas partes do nosso organismo onde vai poder modificar algumas funções do corpo - que é o que se pretende que aconteça - no bom sentido. E esta actuação do medicamento chama-se – termo feio! – **farmacodinâmica**. Ou seja que até aqui tomámos algo que depois de ingerido, foi absorvido e fez efeito!

Ao mesmo tempo que se distribui em todo o corpo, o medicamento, entra em contacto com órgãos que o modificam por forma a que, de apenas misturável em gordura, passe a ser misturável em água. Ou seja o nosso corpo faz aquilo que tecnicamente chamamos de **farmacocinética**. E assim o medicamento passa a ser eliminado quer pelas fezes quer pela urina, locais onde também muitas vezes é eliminado sem ter sido alterado pelo corpo.

Temos assim duas características importantes da relação entre medicamento e corpo: o que ele nos faz, a farmacodinâmica e o que nós lhe fazemos, a farmacocinética. E que é mais ao menos igual ao que nos acontece com os alimentos.

Só que quando falamos em medicamentos e alimentos falamos também de muitas outras acções que podemos desencadear no nosso corpo como por exemplo com os remédios caseiros.

Definindo remédio como o chá, o produto que compra na ervanária, o tratamento de acupuntura, o que lhe dizem para tomar de médicos de outras medicinas ou aquilo que prepara em casa segundo receita que lhe deram ou de que soube, é bom saber que estes não são mais que formas de administrar ao corpo substâncias que até são capazes de modificar funções como os medicamentos. Só que acerca do remédios nós não sabemos exactamente quanta substância é tomada em cada chávena de chá, nem qual o exacto componente que actua enquanto que do medicamento sabemos tal. E ainda sabemos que muitos dos medicamentos, aquilo que é receitado pelos médicos, até são desenvolvimentos de remédios, por não haver capacidade de arranjar matéria prima na natureza para a quantidade de substância necessária para consumo.

Os menos novos lembrar-se-ão ainda das mais antigas farmácias, onde se arranjavam os linimentos, os manipulados, os xaropes e as pomadas, após a entrega de uma receita feita por um médico. Dava-se a receita e ia-se lá mais tarde buscar o frasco com um rótulo e um escrito explicativo.

Muitas pessoas tomam remédios e medicamentos e ambos são transformados pelo corpo, ambos têm farmacocinética! E podem concorrer um com o outro pelo que podem aparecer sinais e sintomas que se julgam devidos a uma doença nova mas que, afinal, apenas são devidos a acções entre eles, que também se podem dar com alimentos e outros medicamentos. E, assim sendo, a informação ao seu médico, sobre o que toma pode ser muito importante para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Luiz Miguel Santiago
Médico

ACTUALIDADE

Revela um estudo de um médico de família

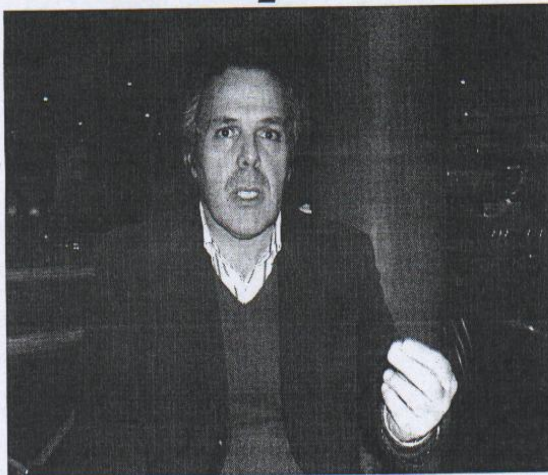
Doentes conhecem muito pouco dos medicamentos que tomam

PAULA ALEXANDRA ALMEIDA

Luiz Miguel Santiago, especialista em Medicina Geral e Familiar, está a preparar uma tese de doutoramento, cuja primeira fase está já concluída, sobre "Medicamentos e corpo - Consumidores de fármacos, o que pensam e o que sabem". Orientado por Massano Cardoso, este trabalho pretende estudar o que é que as pessoas sabem sobre os medicamentos e perceber o que é que se deve fazer para levar a uma melhor utilização dos medicamentos, em particular em terapêuticas prolongadas.

Em Portugal é muito elevado o investimento tanto do Estado como dos doentes em medicamentos, mas, segundo uma série de estudos será reduzido o valor que se obtém de volta, por exemplo, no controlo das patologias. Porque é que isto está a acontecer é uma das questões a que Luiz Miguel Santiago procura responder. E a resposta poderá ser que, provavelmente, as pessoas percebem pouco sobre a terapêutica farmacológica que estão a fazer.

No trabalho, que começou a ser desenvolvido em Setembro em utentes do Centro de Saúde de Eiras, onde o autor é médico de família, e em utentes do SNS a nível nacional - num total de 400 pessoas -, entram dois conceitos: o conceito da necessidade da terapêutica versus o conceito daquilo que o indivíduo quer para a sua qualidade de vida. "Para a maioria, o que interessará é não ter dores, mas para outros, se bem que isso seja importante, o fundamental será o controlo de uma patologia que a prazo pode ser problemática", explica Luiz Miguel Santiago.



Luiz Miguel Santiago quer perceber o que é que se deve fazer para levar a uma melhor utilização dos medicamentos

"Nunca ninguém procurou explicar às pessoas como é que o medicamento vai actuar no seu organismo", salienta o especialista. "Mas se as pessoas perceberem toda a cadeia de fenómenos que ocorrem, desde que é feita a apresentação das queixas até à prescrição médica, acabam por perceber que, se calhar, sem o medicamento não são capazes de viver tão bem".

No entanto, e por outro lado, as pessoas têm também que ser capazes de utilizar os medicamentos de forma correcta e prolongadamente. Mas para isso, por exemplo, "é preciso explicar aos doentes que o medicamento depois de tomado se espalha por todo o corpo, e daí os efeitos secundários às vezes verificados". Trata-se no fundo que as pessoas percebam como é que o medicamento actua no seu corpo e, ao mesmo tempo, que saibam que vários medicamentos interagem uns com os outros.

Efeitos secundários

Dos resultados até agora apurados, Luiz Miguel Santiago extraiu já algumas conclusões provisórias. Por exemplo, muita gente pensa que o medicamento apenas corrige o que está errado no corpo, o que é falso.

Outra das conclusões é que há ainda muito recurso aos remédios. Aqui é preciso explicar que, de acordo com o estudo de Luiz Miguel Santiago, medicamento é tudo aquilo que o médico receita e remédio tudo o que a pessoa pode comprar na ervanária, ou lojas similares. "Mas é preciso dizer às pessoas que tomam os chás que eles têm também efeitos terapêuticos".

Qualquer medicamento, recorda, "tem os seus efeitos secundários, pelo que há que saber tomá-los com peso e medida e, sobretudo, segundo as indicações terapêuticas do médico". O grande problema é que as pessoas fazem terapêuticas erráticas. "Tomam e de repen-

te deixam de tomar".

O objectivo de fim de linha do estudo de Luiz Miguel Santiago é criar um indicador em função da idade, do sexo, da formação, e de uma série de outros parâmetros, que permita perceber qual o nível de informação que se deve dar aos doentes para que eles possam assumir uma terapêutica correcta e continuada.

Os primeiros inquéritos revelam também que a maioria das pessoas tem desconhecimento e uma enorme desconfiança em relação ao que está a tomar. É pois preciso "que as pessoas saibam não só o que é que o medicamento pode fazer por elas, mas o que elas podem fazer pelo medicamento".

Quanto aos médicos, garante Luiz Miguel Santiago, "estão despertos para esta questão e vão estar cada vez mais, porque cada vez mais isto é real". Um novo questionário deverá ser lançado em Abril, sendo as conclusões serão elaboradas durante o próximo Verão.

Logo à noite, no Atrium Solum

Alunos da Escola de Hotelaria vão (re)criar bebidas de café

Um concurso inédito, em Coimbra, tem início hoje, quinta-feira, pelas 21h00, no centro comercial Atrium Solum. O "FEB 2008 - 1.º Festival de Especialistas em Barismo" envolve as duas turmas do terceiro ano do Curso de Restaurante e Bar da Escola de Turismo e Hotelaria de Coimbra, divididos por duas eliminatórias.

A iniciativa é patrocinada pelos Cafés FEB, que lançou a ideia ao estabelecimento de ensino no âmbito de uma parceria que une as duas instituições há já alguns anos. O Atrium Solum apoia, disponibilizando o espaço e assumindo o evento no seu programa de animação.

Logo à noite, estará tudo a postos para o arranque da primeira eliminatória deste concurso de baristas que, por regra, consiste na produção em 15 minutos de três bebidas com café: expresso, cappuccino e outra escolhida por quem compete.

Maria Luísa Carvalho, presidente do Conselho de Administração dos Cafés FEB, espera com esta iniciativa despertar a criatividade dos futuros profissionais de restauração e bar e a capacidade de reinventarem novas bebidas de café, para que a ida "ao café" não se restrinja à simples toma de uma bica.

A segunda eliminatória realiza-se dia 6 de

Março, também às 21h00. De cada uma das eliminatórias sairão cinco finalistas. Na final, marcada para dia 27 de Março, à mesma hora, estarão 10 concorrentes em prova. O campeão do FEB 2008 recebe um prémio pecuniário de 200 euros. No júri das eliminatórias vão estar dois profissionais da área da restauração e bar - Rita Raimundo (Quinta das Lágrimas) e Nelson Soares (Quinta da Romeira) - e a empresária Maria Luísa Carvalho.

Um aluno do curso de Turismo, Tiago Pinto, fará o acompanhamento de todas as sessões explicando ao público presente os vários momentos. Segundo a directora da ETHC, Ana Paula Pais, esta é também uma forma de envolver e de dar a conhecer uma outra vertente da formação profissional que é assegurada pela escola.

Na fase preparatória, os alunos-concorrentes fizeram visitas de estudo à fábrica FEB, onde tiveram um contacto privilegiado com a matéria-prima com que vão trabalhar. Acompanham o processo de torrefacção do grão e ouviram as explicações dos profissionais que diariamente lidam com o café. Munidos de novas informações, iniciaram as suas experiências na escola e, avaliar por uma breve apreciação do coordenador do curso, Eduardo Vicente, vão surpreender.



O 1.º Festival de Especialistas em Barismo vai dar uma oportunidade a estes alunos para recriarem a popular bica

GÓIS
JOALHEIRO

"DOIS DEDOS DE CONVERSA"

Convidado:

Ricardo Pereira Alves

Presidente da Câmara Municipal de Arganil

RÁDIO REGIONAL DO CENTRO 96.2

Agora Notícias em actualização em
Sexta-feira - 17/18 horas | Ouça em 96.2 ou www.radioregionalcentro.com

Fotografia 1: Farmácia Sousa Lobo



Fotografia 2: Extensão de Botão do Centro de Saúde de Eiras



Fotografia 3: Sede da Centro de Saúde de Eiras – Sede



Fotografia 4: Farmácias de Brasfemes, Botão e Eiras



«Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...»

ANEXO III

«Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...»

**“Medicamentos e corpo.
Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...”**

Respeitosos cumprimentos.

Em oportunidade anterior solicitámos resposta anónima e sigilosa a um Questionário em envelope de correio azul e já endereçado.

Vimos agora, de novo, pedir a sua ajuda, dando-nos a sua no preenchimento de Questionário que pretende determinar o que sabem e que a opinião que têm sobre medicamentos as pessoas que frequentam o Centro de Saúde e que têm de os tomar ocasionalmente ou de forma contínua.

Os resultados serão tornados públicos, sendo o seu questionário anónimo (não tem de se identificar) e sigiloso (ninguém saberá dos resultados individuais), solicitando-lhe que no-lo devolva preenchido o mais rápido possível. Caso não saiba ler ou escrever, por favor, peça ajuda a familiar seu.

Pedimos-lhe a sua colaboração caso tenha ou não respondido ao anterior Questionário.

Atenciosamente,

Luiz Miguel Santiago e Salvador Massano Cardoso

Por favor preencha os dados abaixo.

Idade:	_____ anos	
Família:	Vive só <input type="checkbox"/> (1)	Vive acompanhado <input type="checkbox"/> (2)
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> (1)	Feminino <input type="checkbox"/> (2)
Formação:	Não sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> (1) Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> (2) Com 9º ano (4ª classe) <input type="checkbox"/> (3)	12º ano (7º ano) <input type="checkbox"/> (4) Técnica <input type="checkbox"/> (5) Superior <input type="checkbox"/> (6)
Sofre de doença crónica:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)
Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:	Rural <input type="checkbox"/> (1) Comércio <input type="checkbox"/> (2) Indústria <input type="checkbox"/> (3) Serviços <input type="checkbox"/> (4)	Doméstica <input type="checkbox"/> (5) Desempregado <input type="checkbox"/> (6) Reformado <input type="checkbox"/> (7) Estudante <input type="checkbox"/> (8)
Freguesia de residência:		
Toma medicamentos regularmente:	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)
Respondeu a questionário dado no Centro de Saúde em Outubro passado?	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)

Dê-nos, por favor a sua resposta a todas e cada uma das afirmações abaixo, assinalando a sua opção.

Em sua opinião um medicamento:	Resposta		
1 - É algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
2 – Actua em todo o corpo.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
3 - Apenas corrige o que está errado no corpo.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
4 - Apenas em algumas partes do corpo.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
5 - Pode apenas pôr-me mais bem disposto.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
6 – Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
7 – Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)
8 – Sei como um medicamento actua no organismo.	Não <input type="checkbox"/> (1)	Sim <input type="checkbox"/> (2)	Não sei <input type="checkbox"/> (3)

Penso que:	Resposta		
9 – Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados.	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)	Não sei (<input type="checkbox"/> 3)
10 – Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros.	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)	Não sei (<input type="checkbox"/> 3)
11 - Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem.	Sim <input type="checkbox"/> (1)	Não <input type="checkbox"/> (2)	Não sei (<input type="checkbox"/> 3)

Julgo que:	A sua concordância				
(48) 12 - Os médicos receitam demasiados medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
(49) 13 - Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
(50) 14 - A maior parte dos medicamentos cria habitação.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)

Por favor, responda agora às seguintes perguntas:

Leu algum texto sobre “Medicamentos e o corpo” em “Diário de Coimbra”, “As Beiras” ou “Campeão das Províncias”?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2) Não me lembro ☐ (3)

Ouviu no “Rádio Clube do Centro”, na “RTP 1” ou em “Rádio Regional do Centro” alguma informação sobre o tem dos medicamentos”?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2) Não me lembro ☐ (3)

Viu três cartazes, cada um de sua cor, sobre “Medicamentos e o corpo”?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2) Não me lembro ☐ (3)

Recebeu ou contactou com pequenos folhetos sobre medicamentos?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2) Não me lembro ☐ (3)

Se leu ou ouviu ou viu julga que a informação obtida modificou o que sabia ou julgava?

Sim ☐ (1) Não ☐ (2) Não sei (☐3)

Agradecemos a sua colaboração.

Resumo do autor

Segundo Regulamento n.º 78/2007, artigo 28º, parágrafo 1, alínea c

1. Nota Biográfica.

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago, nasceu na Freguesia de Santa Cruz, na cidade de Coimbra, em 3 de Julho de 1956.

Concluiu a Licenciatura em Medicina no ano lectivo de 1978-1979, a 26 de Julho, com a média final de 16,31 valores.

2 - Carreira Médica de Clínica Geral.

Em Fevereiro de 1983 concorreu à Carreira Médica de Clínica Geral, tendo iniciado funções em 1 de Março de 1983, trabalhando actualmente no Centro de Saúde de Eiras, Administração regional de Saúde do Centro, com o **Grau de Chefe de Serviço desde 9 de Fevereiro de 2005**, após provas prestadas em 2002.

3 – Actividades com a Universidade de Coimbra:

3.1 Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

A convite do Senhor Professor Doutor Francisco Jorge Batel Marques, cooperou de 1993 a 2000, na actividade do Laboratório da Farmacologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, cadeira de Farmácia Clínica, leccionando aulas práticas; Membro da Comissão Organizadora Local da "1st International Conference on New Areas of Pharmaceutical Research";

Realizou, em conjunto com o Professor Doutor Francisco Batel-Marques, o estudo “Avaliação do conhecimento e atitudes dos Médicos de Clínica Geral da Administração Regional de Saúde do Centro face ao Sistema Nacional de Farmacovigilância”, com patrocínio do Instituto Nacional da Farmácia do Medicamento e da Administração Regional de Saúde do Centro.

Por convite da Professora Doutora Margarida Caramona:

Participação no Projecto “Cuidados Farmacêuticos em Doentes Idosos” e nos work-shops realizados para Farmacêuticos estagiários, leccionando o tema “Infecções respiratórias altas”

5.2 - Actividade na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Tutor de alunos do 6º Ano da nova Reforma Curricular da Licenciatura em Medicina da Universidade de Coimbra, desde Novembro de 2000, bem como tutor de alunos do primeiro ano da Licenciatura, desde 1999, no âmbito da Cadeira de Introdução a Medicina. Participou na leccionação prática da Cadeira de “Informática aplicada à saúde”. Desde o ano lectivo de 2008 - 2009 também tutor de aluno do 5º Ano do Mestrado Integrado e Medicina.

6 – Actividade no Instituto de Clínica Geral da Zona Centro (ICGZC).

Em 1993, foi convidado Coordenador para a área da Formação em Terapêutica Medicamentosa. Desenvolveu actividade no âmbito da Formação Contínua e da Formação Específica. Leccionou acções sobre precisão de conceitos e legislação relativa ao medicamento, formulários medicamentosos, fontes bibliográficas e farmacovigilância.

7 – Actividade na Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Sócio desde 1985, participou activamente em organizações de tal associação, quer organizando sessões, quer apresentando temas, em reuniões quer de âmbito distrital e quer de âmbito nacional, apresentando em várias Reuniões 59 temas em Apresentações livres.

No XXVIII Congresso da “Sociedad Espanola de Medicina de Família y Comunitária”:

“Prescrição de anti-inflamatórios não esteróides no ambulatório de Medicina Geral e Familiar do Centro de Portugal” e

Pressão de Pulso e controlo da hipertensão arterial”.

Em 2007 é convidado para revisor de artigos propostos a publicação.

8 – Núcleo de Farmacovigilância do Centro.

Em Dezembro de 1998, foi co-fundador do Núcleo Regional de Farmacovigilância do Centro (NFC). Membro da Direcção, participa no processo de “global introspection”, seguido pelo NFC para imputar a causalidade nas Reacções Adversas a Medicamentos notificadas.

A actividade do NFC incluiu a realização, em Coimbra, da 1ª Conferência Nacional de Farmacovigilância em Setembro de 2000, bem como duas Jornadas de Farmacovigilância em 2001 e 2003.

O NFC finalizou a sua actividade em Dezembro de 2005 e em Janeiro de 2009, inicia funções na Unidade de Farmacovigilância do Centro, criada para concorrer a concurso público de serviço de Farmacovigilância, promovido pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. Tal Unidade obteve contratualização e funciona no contexto de AIBILI.

9 – Prelecções.

Foi convidado a realizar, entre outras:

V Congresso Nacional de Medicina Familiar, prelecção na mesa “Controvérsias em Medicina Geral: as vitaminas sim/não”.

XV Curso de Pediatria Ambulatória – prelecção do tema Obesidade Infantil.

XVII Curso de Pediatria Ambulatória – prelecção sobre o tema Hipertensão Arterial em jovens e adolescentes.

Nas acções de formação da Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

No XX Congresso Português do Clínico Geral, na Mesa sobre “Pneumopatias bacterianas e virais: avanços terapêuticos”.

Dois Curso de Formação Contínua sobre “Terapêutica farmacológica – farmacologia anti-hipertensiva” organizado pela APMCG-Coimbra, acção de seis horas de prelecção, acção com a duração de 6 horas e já realizada por duas vezes.

Conferência “Prevenção das dislipidémias: Como e quando actuar” nas IX Jornadas de Doenças Cardio-vasculares e Aterosclerose da Região Centro.

Para a rede de médicos Sentinela prelecção sobre projectos no âmbito do estudo do medicamento e da obtenção de informação.

Em Jornadas sobre Desporto da responsabilidade do Instituto Nacional do Desporto – Delegação Centro – palestra sobre as condições médicas para a prática do Desporto em geral e características do exame físico.

Prelecção na Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, Outubro de 2003 abordando o tema Dislipidémia no Jovem.

“Terapêutica farmacológica da Hipertensão Arterial” para a formação contínua e certificação de Farmacêuticos, organizado pela Ordem dos Farmacêuticos.

Reunião Anual dos Médicos Sentinela Janeiro de 2004 e 2005 com prelecções sobre, respectivamente Farmaco-economia e Implementação de sistema de informatização para a consulta de Clínica Geral.

Jornadas em Diabetologia, Dezembro de 2004 abordando a epidemiologia da Diabetes na área da Sub-região de Saúde de Coimbra.

Organização de Mesa sobre Risco cardiovascular na criança e adolescente no “V Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar”, abordando os temas Obesidade Infantil e Hipertensão Arterial.

Orador na sessão de Mesa redonda “Vacinação anti-pneumocócica na Medicina Geral e Familiar”, no IV Congresso Português de Epidemiologia “Gripe; a caminho de uma Pandemia?” versando o tema “Vacinação anti-pneumocócica em Clínica Geral” – Outubro de 2006.

Quatro sessões de “Codificação Clínica – ICPC2” na região Autónoma da Madeira a convite do Núcleo de Formação da Região Autónoma.

“Prescrição Racional de Medicamentos em Clínica Geral” em reunião específica da Coordenação Médica da Sub-região de Saúde de Bragança (Novembro de 2006).

Prelecção “Medicamentos e Fígado” no XXV curso de Gastrenterologia para Clínica Geral, a convite do Senhor Professor Doutor Lomba Viana, Janeiro de 2007, com o apoio científico do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos.

V Jornadas Científicas da Universidade da Beira Interior – Medicina Geral e Familiar, comunicação “Ensino da Medicina Geral e Familiar no contexto pré-graduado”, 29 de Maio d 2008.

“Codificação clínica na ICPC-2”, formador em acção para Médicos de Medicina Geral e Familiar em 19 e 20 de Junho de 2008, Região Autónoma da Madeira.

“Mesa Redonda Doença Cardíaca no Idoso e Muito Idoso – aspectos práticos do seu diagnóstico e tratamento em Medicina Geral e Familiar” – XIII Jornadas Nacionais “Patient Care”;

Formador único no Curso “Prescrição Racional”, no âmbito do III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, V Congresso Nacional do Médico Interno e XIV Congresso Nacional de Medicina.

10 – Publicações.

Publicou individualmente ou em co-autoria os seguintes artigos e cartas ao Director.

Santiago LM, Estudo da situação bebedor excessivo, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* 1993 Volume II – nº1:115-130.

Santiago LM, Carvalho IM, Rocha MG, Álcool e população escolar, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* 1993 Volume II – nº2:61-70.

Santiago LM, Jacob IA, Neto MG, Cuidados de Saúde ao Idoso: avaliação da qualidade dos serviços, *Espelho*(Subregião de Saúde de Coimbra) 1997; 6.

Santiago LM, Mesquita EP, Carvalho IM, Rocha MG, Excesso ponderal e obesidade em jovens – estudo observacional de base populacional, *Saúde Infantil* 1998; 20(3):13-20.

Santiago LM, Mesquita EP Educação para a saúde e redução de obesidade em ambulatório, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999; 17(1):53-63.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S, Carvalho IM, Rocha MG, Farmacovigilância em vacinação Anti-Gripal *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1999 17(2):55-61.

Santiago LM, Cartas ao Director *Rev Port Cardiol* 1999; 18 (10):971-972.

Carta acerca da publicação de um artigo em investigação epidemiológica em Clínica Geral em que o Autor não considerou a diabetes como risco em patologia cardiovascular.

Santiago LM, Rocha MG, Almeida EA, Gameiro TM, Almeida MF, Nunes Vicente MC, Ramos MP, Afonso MC, Hipertensão Arterial no Ambulatório de um Centro de Saúde – estudo observacional em população não idosa *Cardiologia Actual* 1999; 9 (88):2784-2793.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S, Santos F, Palmeira L, Carvalho IM, Rocha MG, Prevalência do diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA), identificação de factores de risco associados e intervenção higieno-dietética, em crianças e adolescentes dos 5 aos 17 anos *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999; 17(2) 45:55.

Santiago LM, Angor – até onde o seu estudo *Cardiologia Actual* 2000; 9(89):2814-2844.

Santiago L, Uma Experiência Com Doenças Cardiovasculares Num Centro de Saúde da Região Centro, *Informação Terapêutica* 2000 (3) Julho/Setembro.

Santiago LM, Carvalho IM, Rocha MG, Mesquita EP, Jorge S, Reacções Adversas a Medicamentos por vacina anti-gripal – comparação entre dois grupos de vacinas intramusculares em população idosa, *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica* 2001; 130: 11-24.

Santiago LM, Cartas ao Director *Rev Port Cardiol* 2001;20(2): 231-232.

“Acerca da publicação de um artigo sobre prevalência de Hipertensão Arterial em população jovem, baseando-se a leitura da tensão arterial no aparelho DINAMAP”.

Cartas ao Director , *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 250.

Santiago LM, Sá O, “Factores de risco para Doença Cardiovascular em crianças e adolescentes – revisão bibliográfica” *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 235-47.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S, Carvalho IM, Rocha MG “Prevalência Comparada de Reações Adversas a medicamentos por vacinas anti-gripais” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:17-33;

Santiago LM, Sá O, Carvalho IM, Rocha MG, Palmeiro L, Mesquita EP, Jorge S “Hipercolesterolemia e factores de risco cardiovascular associados em crianças e adolescentes” *Rev Port Cardiol* 2002;21 (3):301-313

Santiago LM, Jorge S, Mesquita EP “Tabelas de percentil baseadas no Índice de Massa Corporal para crianças e adolescentes em Portugal e sua aplicação no estudo da obesidade” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:147-52.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S “Curvas de Percentil para Tensão Arterial em crianças e adolescentes portugueses” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:219-24

Santiago LM, Cobrado NM “Custos directos da terapêutica farmacológica no ambulatório de Clínica Geral” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:351-9

Santiago LM, Silva PS “Risco de Doença Coronária a Prazo: Resultados dos Rastreios da Fundação Portuguesa de Cardiologia – Delegação Centro, em 2002” *Rev Port Cardiol* 2003; 22 (9): 1039-1048

Santiago LM “A metabolização no sistema do citocromo P450 e a sua importância em Clínica Geral” *Rev Port Clin Geral* 2003; 19:121-9

Santiago LM “*Cartas ao Editor*” *Rev Port Cardiol* 2003; 22 (10): 1283-1284

Santiago LM, Fernandes J, Francisco MP, Neto G, Carvalho IM, Rocha MG, Parra LN, Interacções farmacocinéticas na prescrição – um estudo alargado no ambulatório de medicina geral e familiar na área da Sub-região de Saúde de Coimbra. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:307-319.

Santiago LM, Introdução ao Simpósio “Dislipidemia”, Postgraduate 2006; 25(3):17-18

Santiago LM, Interação entre Medicamentos e alimentos. Postgraduate 2006; 26(1):69-80

Santiago LM. Recomendação da UEMO para uma prática medicamentosa mais segura no idoso. Rev Port Clin geral 2006;22:111-2.

Santiago LM, Fontes de Informação sobre medicamentos em Clínica geral/Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin geral 2006;22:689-98.

Santiago LM, Sousa JC. Recomendação da UEMO sobre Testes de Rastreio em Medicina Geral e Familiar Rev Port Clin Geral 2007;23:557-8

Santiago LM, Marques M. Prescrição de anti-inflamatórios não esteróides no ambulatório de clínica geral do centro de Portugal. ACTA REUMATOL PORT. 2007; 3;263-269

Santiago LM. Actividade da consulta de Medicina Geral e Familiar: a avaliação do seu impacto pelos seus utilizadores. Rev Bras Med Fam e Com 2007 2(8):282-287

Mendes E, Santiago LM, A importância da pressão de pulso na prática clínica. Postgraduate Medicine 2007; 28(3):86-99

Rocha A, Castro C, Santiago LM. Obesidade Infantil: que consequências? Referência 2007; 5:59:68.

Santos T, Rosendo I, Pimenta G, Martins D, Francisco MP, Neto MG, Santiago LM. Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes? Rev Bras Med Fam e Com 2007 3(9):13-20

Rosendo I, Santos T, Martins D, Pimenta G, Neto MG, Francisco MP, Santiago LM. A citação da *Revista Portuguesa de Clínica Geral* na *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. *Rev Port Clin Geral* 2008;24:457-61

Santiago LM, Marques M, Martins D, Rosendo I, Pimenta G, Santos T, Constantino L, Neto MG, Francisco MP “Prescrição de anti-inflamatórios não esteróides no ambiente de Medicina Geral e Familiar: a informática influencia?” *ACTA REUMATOL PORT*. 2008;33:435-42

Santiago LM, Cardoso SM. Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem. *Acta Med Port*. 2008; 21(5):453-460

Santiago LM, Cardoso SM. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem? *Rev Bras Fam e Com*.2008;4(13):46-52

Santiago LM, Neves C, Constantino L, Leon-rodriguez E. La agenda de problemas del paciente: por que van a consulta y que quiren saber sobre sus enfermedades o dolencias: un estudio de observación en poblaciones urbanas del Centro de Portugal en el ambito de Medicina General y Familiar” aceite para publicacao em ATENCIÓN PRIMARIA, no prelo para publicacao em Julho de 2009; DOI:10.1016/j.aprim.2009.03.001

Santiago LM, Massano Cardoso S. MEDICAMENTOS E CORPO Consumidores de Fármacos, o que Pensam e o que Sabem – o Impacto de Intervencao Informativa, aceite em *Acta Médica Portuguesa*, para publicacao em 2009, no prelo.

Martins D, Pimenta G, Rosendo I, Santos T, Constantino L, Francisco MP, Neto MG, Santiago LM. Psicofarmacologia da depressão no idoso. *Patient Care* 2009; 31(2): 64-72 (Edicao Portuguesa)

Estão aceites para publicacao:

Dismetria dos membros inferiores em jovens: existe? Na *Revista Portuguesa de Clínica Geral* na *Revista Portuguesa de Clínica Geral*

A relação dos pacientes com a receita médica: um estudo observacional em populações urbanas no Centro de Portugal em ambiente de Medicina Geral e Familiar, na *Acta Médica Portuguesa (no prelo)*.

11 – Actividade na Fundação Portuguesa de Cardiologia – Delegação Centro.

Colabora entre Outubro de 2001 e Dezembro de 2006 na Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia na Direcção técnica e científica dos rastreios populacionais em factores e risco e cálculo do risco a prazo. Apresentou em reuniões nacionais e internacionais os resultados obtidos,.

12 - Distinções.

Em 2001, 2004 e 2007, obteve da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral o Diploma de Mérito e Actualização.

13 – Ordem dos Médicos de Portugal.

13.1 - Direcção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Em Maio de 2003, de 2006 e de 2009 é eleito para a Direcção do Colégio, em lista.

Como principais resultados a participação no novo curriculum para a formação no Internato de Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Foi Presidente de Júri Nacional para equivalências Curriculares em 2003, é Presidente do Júri Nacional para exames de Especialidade no ano de 2004, 2007 e 2008.

13.2 - Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO).

Na Assembleia Geral de Outono de 2005 da UEMO (União Europeia dos Médicos de Clínica Geral), integrou a equipa portuguesa que foi eleita para Direcção para o triénio 2007-2010 e que assumiu funções em 1 de Janeiro de 2007, sendo agora membro residente da Delegação Portuguesa. Em trabalho em comissões especializadas é

responsável por relatório científico acerca de rastreios em Clínica Geral aprovado na reunião de primavera em Lisboa, Abril de 2007 e do relatório sobre prescrição de medicamentos em crianças e adolescentes, aprovado na reunião de Outono de 2008 em Sofia – Bulgária e pelo relatório sobre Prevenção Quaternária, aprovado na reunião de Primavera de 2009, Junho, em Bruxelas.

13.3 – Corpos Sociais da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Em Dezembro de 2004 foi eleito como membro Distrital Delegado à Secção Regional do Centro. Em Junho de 2008, aceita o convite do Bastonário para integrar comissão consultiva do Bastonário sobre a “política do Medicamento”.

14 – Instituto Nacional da farmácia e do Medicamento - Observatório dos Medicamentos e Produtos de Saúde.

Em Agosto de 2003, por requisição do INFARMED, inicia as funções de **Director do Observatório dos Medicamentos e Produtos de Saúde (OMPS)** que abandona em Fevereiro de 2004, por razões de estrita ordem familiar. No desempenho de tais funções teve a oportunidade de representar Portugal no “Euromed Stat” projecto financiado pela EU para a harmonização de recolha de informação acerca do consumo de medicamentos para estudos comparativos entre regiões.

15 – Coordenador da Sub-região de Saúde de Coimbra.

Em 25 de Março de 2004, é nomeado **Coordenador da Sub-região de Saúde de Coimbra**.

Tempo de grandes mudanças no âmbito geográfico de actuação, permitiu a criação do desenho o perfil de actuação médica e de enfermagem., através da informatização aplicada à prática de cada profissional. Cessa funções em 30 de Junho de 2005.

16 - Associações científicas e actividade.

È sócio das seguintes Sociedades Científicas Nacionais:

Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, onde desde Janeiro de 2004 é membro da Direcção.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia,

Associação de Docentes em Clínica Geral, ADSO, afiliada na European Academy of General Practitioners Teachers (EURACT), em que em Março de 2007 é eleito Secretário da Direcção em Assembleia Geral em lista consensual.

European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), desde 2005, tendo participado no Curso Europeu de Formação de Formadores em Monchique, Algarve em Maio de 2006, replicado em Março de 2007 em Caldas de Monchique e a replicar em Maio de 2007 no Porto, para formadores Portugueses e Brasileiros, sendo formador nos cursos para formandos portugueses.

17 – Centro de Saúde de Eiras.

Desde 1 de Julho de 2005 e a seu pedido, tem actividade clínica no Centro de Saúde de Eiras, tendo apresentado vários trabalhos em formação contínua.

Nesta Instituição tem tido alunos da Cadeira de Introdução à Medicina do 1º Ano da Licenciatura em Medicina da Universidade de Coimbra, do ano profissionalizante da mesma Universidade e orientando duas médicas do Internato de Especialidade de Clínica Geral. Ainda no âmbito da formação em especialidade coordena grupo de conversação entre os vários tutores e formandos/aprendentes do Centro de Saúde.

18 – Mestrado em “Saúde Pública” na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Após frequência do ano curricular entre Outubro de 2004 e Setembro de 2005, defendeu a Tese “Determinantes e condicionantes da prescrição no ambulatório de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar na área da Administração Regional de Saúde do

Centro de Portugal” em 19 de Julho de 2006, tendo tido como arguente o Senhor Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol. Foi aprovado com Muito Bom.

19 – Aluno do Doutoramento da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Em Junho de 2007, obtive aprovação do projecto de Doutoramento pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina. A dissertação de Doutoramento está marcada para 11 de Novembro de 2009.

Author's resumé

According to «Regulamento n.o 78/2007, artigo 28º, parágrafo 1, alínea c»

1. Biographic note.

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago, was born in Coimbra in July, the third, 1956.

Medicine's graduation in the 26th July 1979 by the University of Coimbra.

2 – Medical carrer note.

Sinc February 1983 General Practice/Family Doctor, currently working in the Eiras Health Centre in Coimbra, Central Portugal. Currently graded as Senior Assitant in the General Practice/Family Medicine's carrer, after public exams, such being the last grade of such carrer.

3 – Activities in Coimbra's University.

3.1 Pharmacy Faculty.

Invited by Professor Francisco Jorge Batel Marques, cooperation between 1993 and 2000, in the Laboratory of Pharmacology, lecturing practice classes of Clinical Pharmacy; Member of the local organising committee of the "1st International Conference on New Areas of Pharmaceutical Research";

At invitation of Professor Margarida Caramona:

Cientiific support in the study “Pharmaceutucal care to ill old aged patients” and in the work-shops for pharmacy trainees in the last year of graduation, as well as lecturing the theme “Upper tract infections”.

5.2 – Medicine Faculty.

Tutor of pupils in the 1st, 5th ans 6th year of the graduation since 1999. Also lectures in “Informatics applied to Medicine” for the second year and “Pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology” for 4th year students.

6 – Activity in the General Practice Institute of the Centre of Portugal (ICGZC).

Between 1993 and 1996, was a guest Coordinator for the Medicine's Therapy modules of teaching in programmes aimed at continuous up-grade of General Practice/Family Doctors.

7 – Activity in the “Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral” (Portuguese General Practice Doctor's Association).

Member since 1985 with active participation in several organizations of such association organising and presenting so far a total of 59 oral presentations.

In 2007 an invitation was accepted as peer reviewer of the Portuguese General Practice Journal (Revista Portuguesa de Clínica Geral).

8 – Centre of Portugal Pharmacovigilance nucleus.

In December 1998 was a co-founder of such Centre where he was a member of the board and participated in the global introspection process of causality assessment to classify adverse drug reactions reports.

The Nucleus activity included the organization of the 1st National Conference of Pharmacovigilance in September 2000 and two Pharmacovigilance Journeys in 2001 and 2003.

The Nucleus ended its activities in December 2005 and in January 2009 the “Centre of Portugal Pharmacovigilance Unit” was created with a contract with the National Medicines Authority. The author is too a member of the board.

9 – Lectures.

Among others:

V Congresso Nacional de Medicina Familiar, prelecção na mesa “Controversies in General Practice: vitamins yes or no”, where the author was invited to defend the “no” position.

XV Curso de Pediatria Ambulatória – Childhood obesity.

XVII Curso de Pediatria Ambulatória – Childhood Harterial Hypertension.

Portugese Heart Foundation – Results of population screenings in the centre of Portugal.

XX Congresso Português do Clínico Geral, “Bacterial and viral Pneumonias: therapeutical advances”.

Two Courses on continuous Professional development in “ Anti-hypertensive pharmacology”.

Conference “Prevention od dislipidaemia: how and when” IX Jornadas de Doenças Cardio-vasculares e Aterosclerose da Região Centro.

Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose: “Dislipidaemia in the young”.

“Pharmacological Therapy of Arterial Hypertension” for continuous Professional development for cerrtification of pharmacists, by their National Organisation.

“V Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar” – Cardiovascular risk in childhood.

“IV Congresso Português de Epidemiologia “Gripe; a caminho de uma Pandemia?” “Vacinação anti-pneumocócica na Medicina Geral e Familiar” “Anti-pneumococal vaccination in General Practice”.

Four courses in “ICPC -2” coding for the Madeira’s Health Organization.

“Rational Prescribing in General Practice” for the North of Portugal Health Organization.

“Medicines and the liver” in the XXV course of Gastroenterology for General Practice.

V Scientific meetting of the Universidade da Beira Interior – Medicina Geral e Familiar, communication “Teaching of General Practice / Family Mdicine in pré-graduated”.

“Cardiac Disease in the old and very old – aspect of diagnosis and treatment in General Practice/Family Medicine” – XIII Jornadas Nacionais “Patient Care”;

Teacher in the satellite-course “Rational Prescribing”, in the III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, V Congresso Nacional do Médico Interno e XIV Congresso Nacional de Medicina.

10 – Publications.

Santiago LM, Estudo da situação bebedor excessivo, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* 1993 Volume II – nº1:115-130.

Santiago LM, Carvalho IM, Rocha MG, Álcool e população escolar, *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* 1993 Volume II – nº2:61-70.

Santiago LM, Jacob IA, Neto MG, Cuidados de Saúde ao Idoso: avaliação da qualidade dos serviços, *Espelho*(Subregião de Saúde de Coimbra) 1997; 6.

Santiago LM, Mesquita EP, Carvalho IM, Rocha MG, Excesso ponderal e obesidade em jovens – estudo observacional de base populacional, *Saúde Infantil* 1998; 20(3):13-20.

Santiago LM, Mesquita EP Educação para a saúde e redução de obesidade em ambulatório, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999; 17(1):53-63.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S, Carvalho IM, Rocha MG, Farmacovigilância em vacinação Anti-Gripal *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1999 17(2):55-61.

Santiago LM, Cartas ao Director *Rev Port Cardiol* 1999; 18 (10):971-972.

Carta acerca da publicação de um artigo em investigação epidemiológica em Clínica Geral em que o Autor não considerou a diabetes como risco em patologia cardiovascular.

Santiago LM, Rocha MG, Almeida EA, Gameiro TM, Almeida MF, Nunes Vicente MC, Ramos MP, Afonso MC, Hipertensão Arterial no Ambulatório de um Centro de Saúde – estudo observacional em população não idosa *Cardiologia Actual* 1999; 9 (88):2784-2793.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S, Santos F, Palmeira L, Carvalho IM, Rocha MG, Prevalência do diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA), identificação de factores de risco associados e intervenção higieno-dietética, em crianças e adolescentes dos 5 aos 17 anos *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1999; 17(2) 45:55.

Santiago LM, Angor – até onde o seu estudo *Cardiologia Actual* 2000; 9(89):2814-2844.

Santiago L, Uma Experiência Com Doenças Cardiovasculares Num Centro de Saúde da Região Centro, *Informação Terapêutica* 2000 (3) Julho/Setembro.

Santiago LM, Carvalho IM, Rocha MG, Mesquita EP, Jorge S, Reacções Adversas a Medicamentos por vacina anti-gripal – comparação entre dois grupos de vacinas intramusculares em população idosa, *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica* 2001; 130: 11-24.

Santiago LM, Cartas ao Director *Rev Port Cardiol* 2001;20(2): 231-232.

“Acerca da publicação de um artigo sobre prevalência de Hipertensão Arterial em população jovem, baseando-se a leitura da tensão arterial no aparelho DINAMAP”.

Cartas ao Director , *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 250.

Santiago LM, Sá O, “Factores de risco para Doença Cardiovascular em crianças e adolescentes – revisão bibliográfica “*Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 235-47.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S, Carvalho IM, Rocha MG “Prevalência Comparada de Reacções Adversas a medicamentos por vacinas anti-gripais” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:17-33;

Santiago LM, Sá O, Carvalho IM, Rocha MG, Palmeiro L, Mesquita EP, Jorge S “Hipercolesterolemia e factores de risco cardiovascular associados em crianças e adolescentes” *Rev Port Cardiol* 2002;21 (3):301-313

Santiago LM, Jorge S, Mesquita EP “Tabelas de percentil baseadas no Índice de Massa Corporal para crianças e adolescentes em Portugal e sua aplicação no estudo da obesidade” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:147-52.

Santiago LM, Mesquita EP, Jorge S “Curvas de Percentil para Tensão Arterial em crianças e adolescentes portugueses” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:219-24

Santiago LM, Cobrado NM “Custos directos da terapêutica farmacológica no ambulatório de Clínica Geral” *Rev Port Clin Geral* 2002;18:351-9

Santiago LM, Silva PS “Risco de Doença Coronária a Prazo: Resultados dos Rastreios da Fundação Portuguesa de Cardiologia – Delegação Centro, em 2002” *Rev Port Cardiol* 2003; 22 (9): 1039-1048

Santiago LM “A metabolização no sistema do citocromo P450 e a sua importância em Clínica Geral” *Rev Port Clin Geral* 2003; 19:121-9

Santiago LM “*Cartas ao Editor*” *Rev Port Cardiol* 2003; 22 (10): 1283-1284

Santiago LM, Fernandes J, Francisco MP, Neto G, Carvalho IM, Rocha MG, Parra LN, Interações farmacocinéticas na prescrição – um estudo alargado no ambulatório de medicina geral e familiar na área da Sub-região de Saúde de Coimbra. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:307-319.

Santiago LM, Introdução ao Simpósio “Dislipidemia”, *Postgraduate* 2006; 25(3):17-18

Santiago LM, Interação entre Medicamentos e alimentos. *Postgraduate* 2006; 26(1):69-80

Santiago LM. Recomendação da UEMO para uma prática medicamentosa mais segura no idoso. *Rev Port Clin geral* 2006;22:111-2.

Santiago LM, Fontes de Informação sobre medicamentos em Clínica geral/Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin geral 2006;22:689-98.

Santiago LM, Sousa JC. Recomendação da UEMO sobre Testes de Rastreio em Medicina Geral e Familiar Rev Port Clin Geral 2007;23:557-8

Santiago LM, Marques M. Prescrição de anti-inflamatórios não esteróides no ambulatório de clínica geral do centro de Portugal. ACTA REUMATOL PORT. 2007; 3;263-269

Santiago LM. Actividade da consulta de Medicina Geral e Familiar: a avaliação do seu impacto pelos seus utilizadores. Rev Bras Med Fam e Com 2007 2(8):282-287

Mendes E, Santiago LM, A importância da pressão de pulso na prática clínica. Postgraduate Medicine 2007; 28(3):86-99

Rocha A, Castro C, Santiago LM. Obesidade Infantil: que consequências? Referência 2007; 5:59:68.

Santos T, Rosendo I, Pimenta G, Martins D, Francisco MP, Neto MG, Santiago LM. Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes? Rev Bras Med Fam e Com 2007 3(9):13-20

Rosendo I, Santos T, Martins D, Pimenta G, Neto MG, Francisco MP, Santiago LM. A citação da *Revista Portuguesa de Clínica Geral* na Revista Portuguesa de Clínica Geral. Rev Port Clin Geral 2008;24:457-61

Santiago LM, Marques M, Martins D, Rosendo I, Pimenta G, Santos T, Constantino L, Neto MG, Francisco MP “Prescrição de anti-inflamatórios não esteróides no ambiente de Medicina Geral e Familiar: a informática influencia?” ACTA REUMATOL PORT. 2008;33:435-42

Santiago LM, Cardoso SM. Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem. Acta Med Port. 2008; 21(5):453-460

Santiago LM, Cardoso SM. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem? Rev Bras Fam e Com.2008;4(13):46-52

Santiago LM, Neves C, Constantino L, Leon-rodriguez E. La agenda de problemas del paciente: por que van a consulta y que quiren saber sobre sus enfermedades o dolencias: un estudio de observación en poblaciones urbanas del Centro de Portugal en el mbito de Medicina General y Familiar” aceite para publicacio em ATENCIÓN PRIMARIA, no prelo para publicacio em Julho de 2009; DOI:10.1016/j.aprim.2009.03.001

Santiago LM, Massano Cardoso S. MEDICAMENTOS E CORPO Consumidores de Fármacos, o que Pensam e o que Sabem – o Impacto de Interveno Informativa, aceite em Acta Médica Portuguesa, para publicacio em 2009, no prelo.

Martins D, Pimenta G, Rosendo I, Santos T, Constantino L, Francisco MP, Neto MG, Santiago LM. Psicofarmacologia da depressão no idoso. Patient Care 2009; 31(2): 64-72 (Edio Portuguesa)

Accepted for publication:

Dismetria dos membros inferiores em jovens: existe? Na *Revista Portuguesa de Clínica Geral* na *Revista Portuguesa de Clínica Geral*

A relao dos pacientes com a receita médica: um estudo observacional em populaoes urbanas no Centro de Portugal em ambiente de Medicina Geral e Familiar, na *Acta Médica Portuguesa (no prelo)*.

11 – Activity in the Centre of Portugal Delegation of the Portuguese Heart Foundation.

From October 2001 and December 2006 the author was responsible for the technical and scientific aspects of the populational screenings. The results were locally and nationally presented.

12 - Distinctions.

In 2001, 2004 e 2007, the author was awarded the Merit and Actualization Chart of the Portuguese Association of General Practice Doctors.

13 – Portuguese “Ordem dos Médicos” (National Doctors Organization) .

13.1 – Board of the College of General Practice/Family Medicine.

In May 2003, 2006 and 2009 the author was lected for the board of the speciality college.

As main results the new curriculum for General Practice / Family Medicine trainees and the new assessment mode of exams. The author was also member and presient of several juries of examination both in Portugal and the autonomous regios of Madeira and Açores.

13.2 - Union Européenne des Médecins Omnipraticitiens (UEMO).

In the Autoumn Genneral Assembly of 2005 of the UEMO (Union Européenne des Mediciens omnipraticitiens), the author was parto f the portuguese delegation that was elected as board for the 2007-2010 period, assuming responsabiolities January the 1st 2007. The author currently is a member of the portugese delegation. In the “Preventive Activities” committee two papers of the author were approuved about screenings and about quaternary prevention.

13.3 – Centre of Portugal Protuguese Doctors Organization (Corpos Sociais da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos).

In December 2004 and 2007 the author was elected as regionl delegate to the Central Portugal Organization. In June 2008 na invitation came from the President of the National Doctors Organization to be associated to the consulting board for “Medicine’s policy”.

14 – National Medicine’s Authority “Instituto Nacional da farmácia e do Medicamento - Observatório dos Medicamentos e Produtos de Saúde.”

In August 2003 at appointment of the **Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento** the author began working as head of the **Portuguese Observatory of Medicines and Health Products**. For personal and familial reasons he had to leave such work in 2004. The author represented Portugal in the “Euromed Stat” Project. The work of measurement of Medicines by Defined Daily Dose was initiated at that time.

15 – Coordinator of the Public Health Organization of the Coimbra’s District.

In March the 25th the author was nominated as the Haed for that district.

The main tasks were informatics in health and gain in efficiency in health. The work was finished in June 2005.

16 – Memberships.

Portuguese Society of Atherosclerosis, being member of the National Board in 2004.

Portugese Society of Cardiology

ADSO (Portuguese Association of teachers in General Practice) afiliated in the European Academy of General Practitioners Teachers (EURACT)

European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), since 2005.

17 – Eiras Health Centre.

Since July 2005 the author Works in the Eiras Health Centre as a doctor developing activity also in continuos medical development and in teaching students and tutoring speciality trainees.

18 – Master course in Public Health in the Medicine's Faculty of the Coimbra's University.

After the curricular year in 2004-2005, the Master Thesis “Determinants and conditionants of medicine's prescription of Doctors working for the Central Portugal Health Administration” being argued by Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol.

19 – PhD pupil in the University of Coimbra.

In June 2007 the Medicine's Faculty approved the PhD Project, under the orientation of Professor Salvador Massno Cardoso. The thesis dissertation will take place the next 11th November 2009.

Luiz Miguel Santiago

«Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...»

Índice de quadros

Quadro I: População, por sexos, residente nas freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras em 2001.	29
Quadro II: Caracterização familiar e população agrícola em cada freguesia na área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, para os anos de 2001(famílias) e 1999 (população agrícola), respectivamente.	29
Quadro III: Analfabetismo nas freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, no concelho de Coimbra e em Portugal.	30
Quadro IV: Nível de ensino em peso relativo para as freguesias da área de influência do Centro de Saúde de Eiras, no ano de 2001.	30
Quadro V: Número de alunos inscritos por freguesia da área de influência do Centro de Saúde, ano lectivo de 2007-2008.	31
Quadro VI: Proporção da população economicamente activa para os anos de 1991 e 2001, nas freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras, por sector de actividade.	32
Quadro VII: Taxa de desemprego no distrito de Coimbra e nas freguesias da área de influência do Centro de Saúde.	32
Quadro VIII: População inscrita no Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	35
Quadro IX: Actividade profissional da população inscrita no Centro Saúde.	35
Quadro X: Estrutura técnica do Centro de Saúde de Eiras.	36
Quadro XI: População inscrita na estrutura da sede do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	39
Quadro XII: População inscrita na estrutura do Botão do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	40
Quadro XIII: População inscrita na estrutura de Brasfemes do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	41
Quadro XIV: População inscrita na estrutura de S. Paulo de Frades do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	42
Quadro XV: População inscrita na estrutura de Souselas do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	43

Quadro XVI: População inscrita na estrutura de Torre de Vilela do Centro de Saúde de Eiras em 30 de Agosto de 2007.	44
Quadro XVII: Total de consultas e de utilizadores, e consultas por utilizador para o total do Centro de Saúde nos anos de 2006 e 2007.	44
Quadro XVIII: Número de Codificações em Subjectivo e Avaliação e seu peso relativo, para o total do Centro de Saúde nos anos de 2006 e 2007.	46
Quadro XIX: Doses Diárias Definidas (DDD's) e Preço de Venda ao Público, para o total do Centro de Saúde nos anos de 2006 e 2007, em função da Classificação Farmacoterapêutica Portuguesa.	47
Quadro XX: Meios Complementares de Diagnóstico para o total do Centro de Saúde no total dos anos de 2006 e 2007, segundo a tabela em vigor de Exames Auxiliares de Diagnóstico para convenções.	48
Quadro XXI: Resultados do teste α Crohnback para a validação do Questionário “Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...”	55
Quadro XXII: Resultados α Crohnback para a validação de BMQ Geral.	57
Quadro XXIII: Idade, características descritivas.	63
Quadro XXIV: Grupos etários considerados, sua descrição	65
Quadro XXV: Tipo de família considerada.	65
Quadro XXVI: Distribuição da amostra por sexos.	66
Quadro XXVII: “Formação: a mais elevada que detém”, por cada um dos elementos da amostra.	66
Quadro XXVIII: Grupos de formação académica na amostra.	66
Quadro XXIX: “Sofre de doença crónica”	67
Quadro XXX: “Actividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal”	67
Quadro XXXI: Grupos de actividade profissional na amostra.	68
Quadro XXXII: “Toma medicamentos continuamente.”	68
Quadro XXXIII: “Toma remédios continuamente.”	69
Quadro XXXIV: Amostra por tipo e freguesia de residência.	69
Quadro XXXV: Amostra por tipo de unidade de saúde onde tem assistência médica.	70
Quadro XXXVI: Distribuição das variáveis segundo o grupo etário.	71
Quadro XXXVII: Distribuição das variáveis segundo o tipo de freguesia de residência.	72
Quadro XXXVIII: Distribuição das variáveis segundo o sexo.	73

Quadro XXXIX: Resultados globais quanto a “em minha opinião, um medicamento:”.	74
Quadro XL: Resultados globais quanto a “são motivos para tomar medicamentos:”	75
Quadro XLI: Resultados globais quanto a respostas a afirmações tendentes a perceber o conhecimento sobre farmacodinâmica e farmacocinética: “julgo que”.	76
Quadro XLII: Resultados globais quanto a respostas a afirmações tendentes a perceber a opinião acerca do valor económico dos medicamentos “penso que”.	77
Quadro XLIII: Respostas a afirmações tendentes a perceber a opinião acerca de remédios.	78
Quadro XLIV: Representação cognitiva sobre medicamentos em geral.	79
Quadro XLV: Análise da idade, por outras variáveis na amostra.	80
Quadro XLVI: Análise da distribuição da idade por tipo de formação mais elevada atingida e pela actividade desenvolvida e a freguesia de residência.	81
Quadro XLVII: Análise do género, por viver só, sofrer de doença crónica, e tomar medicamentos e remédios continuamente.	82
Quadro XLVIII: Análise da distribuição do “género” por tipo de formação mais elevada atingida e pela actividade desenvolvida e a freguesia de residência.	83
Quadro XLIX: Doença crónica, actividade em que se ocupa, tipo de freguesia de residência, toma continuada de medicamentos e de remédios em função do grau de formação mais alto atingido.	84
Quadro L: Doença crónica, freguesia de residência, toma continuada de medicamentos e toma continuada de remédios, em função do grupo de actividade profissional.	85
Quadro LI: toma em simultâneo de medicamentos e remédios.	85
Quadro LII: “Para mim um medicamento”, diferenças com significado estatístico.	86
Quadro LIII: “Para mim um medicamento”, diferenças com significado estatístico, por grupo etário, formação académica, actividade e tipo de freguesia.	87
Quadro LIV: “Para mim um medicamento é um produto natural”, distribuição percentual da concordância por variável.	88
Quadro LV: “Para mim um medicamento é um produto feito em laboratório”, distribuição percentual da concordância por variável.	88
Quadro LVI: “Para mim um medicamento é um preparado industrial”, distribuição percentual da concordância por variável.	89
Quadro LVII: “Para mim um medicamento é um preparado que não se pode fazer em casa”, distribuição percentual da concordância por variável.	89

Quadro LVIII: “Para mim um medicamento é um conjunto de parte activa e de outras substâncias para poder ser dado ao organismo”, distribuição percentual da concordância por variável.	90
Quadro LIX: “São motivos para tomar medicamentos”, diferenças com significado estatístico.	91
Quadro LX: “São motivos para tomar medicamentos”, diferenças com significado estatístico.	92
Quadro LXI: “São motivos para tomar medicamentos: a procura de me sentir bem”, distribuição percentual da concordância por variável.	92
Quadro LXII: “São motivos para tomar medicamentos: a cura de uma doença”, distribuição percentual da concordância por variável.	93
Quadro LXIII: “São motivos para tomar medicamentos: a publicidade na televisão”, distribuição percentual da concordância por variável.	93
Quadro LXIV: “São motivos para tomar medicamentos: a publicidade na rádio”, distribuição percentual da concordância por variável.	94
Quadro LXV: “São motivos para tomar medicamentos: Julgar que se os não tomar não melhora”, distribuição percentual da concordância por variável.	95
Quadro LXVI: “São motivos para tomar medicamentos: o estar habituado”, distribuição percentual da concordância por variável.	96
Quadro LXVII: “São razões para tomar medicamentos: a indicação de enfermeiro”, distribuição percentual da concordância por variável.	96
Quadro LXVIII: “São razões para tomar medicamentos: a indicação de farmacêutico”, distribuição percentual da concordância por variável.	97
Quadro LIX: “Julgo que”, conhecimentos acerca de farmacocinética e farmacodinâmica, diferenças com significado estatístico.	98
Quadro LXX: “Julgo que”, conhecimentos acerca de farmacocinética e farmacodinâmica, diferenças com significado estatístico.	99
Quadro LXXI: Julgo que: “o medicamento actua em todo o corpo”, distribuição percentual da concordância por variável.	100
Quadro LXXII: Julgo que: “o medicamento apenas corrige o que está errado no corpo.”, distribuição percentual da concordância por variável.	101

Quadro LXXIII: Julgo que: “o medicamento actua apenas em algumas partes do corpo”, distribuição percentual da concordância por variável.	102
Quadro LXXIV: Julgo que: “um medicamento pode apenas pôr-me mais bem disposto”, distribuição percentual da concordância por variável.	102
Quadro LXXV: Julgo que: “depois de tomado o medicamento é integrado no corpo.”, distribuição percentual da concordância por variável.	103
Quadro LXXVI: “Julgo que: depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, distribuição percentual da concordância por variável.	103
Quadro LXXVII: “Julgo que: o medicamento corrige os erros que faço diariamente”, distribuição percentual da concordância por variável.	104
Quadro LXXVIII: Julgo que: “os medicamentos são completamente seguros, não causando, nunca, problemas no organismo”, distribuição percentual da concordância por variável.	105
Quadro LXXIX: Julgo que: “sei como um medicamento actua no organismo.”, distribuição percentual da concordância por variável.	105
Quadro LXXX: “Penso que”, opinião acerca do valor económico dos medicamentos, diferenças com significado estatístico.	106
Quadro LXXXI: “Penso que”, opinião acerca do valor económico dos medicamentos, diferenças com significado estatístico.	107
Quadro LXXXII: “Penso que o medicamento é uma mercadoria como o pão”, distribuição percentual da concordância por variável.	108
Quadro LXXXIII: “Penso que consumiria mais medicamentos se estes estivessem mais disponíveis na prateleira de uma loja que não a farmácia”, distribuição percentual da concordância por variável.	108
Quadro LXXXIV: “Penso que consumiria mais medicamentos se estes fossem mais baratos.”, distribuição percentual da concordância por variável	109
Quadro LXXXV: “Penso que quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, distribuição percentual da concordância por variável.	109
Quadro LXXXVI “Penso que quando vou a uma consulta espero ter sempre uma receita médica.”, distribuição percentual da concordância por variável.	110
Quadro LXXXVII: “Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupunctura ou preparado caseiro tradicional”, opinião quanto a consumo e eficácia comparada, diferenças com significado estatístico.	111

Quadro LXXXVIII: “Quanto a remédios (chá, produto de ervanária, tratamento de acupuntura ou preparado caseiro tradicional)”, opinião quanto a consumo e eficácia comparada, diferenças com significado estatístico.	112
Quadro IXC: “Quanto a remédios: já usei ao mesmo tempo medicamentos e remédios”, distribuição percentual da concordância por variável.	112
Quadro XC: A representação cognitiva de medicamentos em geral, diferenças com significado estatístico.	113
Quadro XCI: A representação cognitiva de medicamentos em geral, diferenças com significado estatístico.	114
Quadro XCII: “Os médicos receitam demasiados medicamentos”, distribuição percentual da concordância por variável.	115
Quadro XCIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando”, distribuição percentual da concordância por variável.	116
Quadro XCIV: “Os remédios são mais seguros que os medicamentos”, distribuição percentual da concordância por variável.	116
Quadro XCV: “Todos os medicamentos são venenos”, distribuição percentual da concordância por variável.	117
Quadro XCVI: “Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos”, distribuição percentual da concordância por variável.	117
Quadro XCVII : Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	118
Quadro XCVIII : Comunalidades no capítulo 1.	118
Quadro XCIX: Variância total explicada.	119
Quadro C: Resultados da matriz dos componentes do capítulo “em minha opinião um medicamento:”	119
Quadro CI: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	120
Quadro CII: Comunalidades no capítulo 2.	120
Quadro CIII: Variância total explicada.	121
Quadro CIV: Resultados da matriz dos componentes do capítulo “são motivos para tomar medicamentos”:	122
Quadro CV: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	122
Quadro CVI: Comunalidades no capítulo 3.	122

Quadro CVII: Variância total explicada.	124
Quadro CVIII: Resultados da matriz dos Componentes do capítulo “Julgo que...”:	125
Quadro CIX: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	126
Quadro CX: Comunalidades no capítulo 4.	126
Quadro CXI: Variância total explicada	127
Quadro CXII: Resultados da matriz dos Componentes do capítulo “Penso que”:	127
Quadro CXIII: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	129
Quadro CXIV: Comunalidades no capítulo 6.	129
Quadro CXV: Variância total explicada.	130
Quadro CXVI: Resultados da matriz dos componentes do capítulo sobre “Representação Cognitiva dos Medicamentos”.	130
Quadro CXVII: Caracterização dos questionários recebidos quanto a ter tido contacto com uma forma de intervenção.	132
Quadro CXVIII: Tipos de intervenção respondidos.	133
Quadro CXIX: Resposta ao anterior questionário.	133
Quadro CXX: Ter sofrido intervenção em função da resposta ao questionário da primeira fase do estudo.	134
Quadro CXXI: A idade e características descritivas da amostra do segundo tempo do estudo	134
Quadro CXXII: Comparação na idade média±desvio padrão entre as duas amostras, antes e depois da intervenção.	135
Quadro CXXIII: Grupos etários considerados e sua comparação estatística nas amostras, em função da intervenção.	136
Quadro CXXIV: Tipo de família na amostra da segunda fase do estudo.	137
Quadro CXXV: Comparação das duas amostras quanto a tipo de família.	137
Quadro CXXVI: Amostra da segunda fase do estudo.	137
Quadro CXXVII: Comparação das duas amostras quanto ao género.	137
Quadro CXXVIII: Tipo de formação académica na amostra da segunda fase do estudo.	138
Quadro CXXIX: Comparação das duas amostras quanto aos grupos de formação académica.	138
Quadro CXXX: Sofrer de doença crónica na amostra da segunda fase do estudo.	139
Quadro CXXXI: Comparação das duas amostras quanto a considerar sofrer de doença crónica.	139

Quadro CXXXII: Tipo de grupo de actividade na amostra da segunda fase do estudo.	139
Quadro CXXXIII: Comparação das duas amostras quanto aos grupos de actividade considerados.	140
Quadro CXXXIV: Tipo de freguesia de residência na amostra da segunda fase do estudo.	140
Quadro CXXXV: Comparação das duas amostras quanto ao tipo de freguesia de residência.	140
Quadro CXXXVI: Frequência das respostas por local de trabalho do médico.	141
Quadro CXXXVII: Toma continuada de medicamentos na amostra da segunda fase do estudo.	141
Quadro CXXXVIII: Comparação das duas amostras em função da toma continuada de medicamentos.	142
Quadro CXXXIX: Modificação de conhecimentos em função de ter sofrido intervenção formativa.	142
Quadro CXL: A idade média±desvio padrão em função de ter havido ou não intervenção.	143
Quadro CXLI: Tipo de família em função de ter havido ou não intervenção.	143
Quadro CXLII: Género em função de ter havido ou não intervenção.	144
Quadro CXLIII: Grupo de formação académica em função de ter havido ou não intervenção.	144
Quadro CXLIV: Sofrer de doença crónica em função de ter havido ou não intervenção.	145
Quadro CXLV: Grupo de Actividade Profissional em função de ter havido ou não intervenção.	145
Quadro CXLVI: Grupo de toma contínua de medicamentos em função de ter havido ou não intervenção.	146
Quadro CXLVII: Grupos etários considerados em função de ter havido ou não intervenção.	146
Quadro CXLVIII: Freguesia de residência em função de ter havido ou não intervenção.	147
Quadro CXLIX: Tipo de família em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	147
Quadro CL: Género em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	148

Quadro CLI: Grupo de formação académica em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	148
Quadro CLII: Sofrer de doença crónica em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	149
Quadro CLIII: Grupo de actividade profissional em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	149
Quadro CLIV: Grupo de toma contínua de medicamentos em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	150
Quadro CLV: Grupos etários considerados em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	150
Quadro CLVI: Freguesia de residência em função de ter havido resposta em ambos os tempos de aplicação do questionário.	151
Quadro CLVII: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, antes e após a intervenção.	151
Quadro CLVIII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, antes e após a intervenção.	152
Quadro CLIX: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, antes e após a intervenção.	152
Quadro CLX: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, antes e após a intervenção.	153
Quadro CLXI: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, antes e após a intervenção.	153
Quadro CLXII: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, antes e após a intervenção.	154
Quadro CLXIII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, antes e após a intervenção.	154
Quadro CLXIV: “Sei como um medicamento actua no organismo”, antes e após a intervenção.	155
Quadro CLXV: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, antes e após a intervenção.	155
Quadro CLXVI: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, antes e após a intervenção.	156
Quadro CLXVII: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, antes e após a intervenção.	156

Quadro CLXVIII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos” na amostra, antes e após a intervenção.	157
Quadro CLXIX: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” na amostra, antes e após a intervenção.	158
Quadro CLXX: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, antes e após a intervenção.	158
Quadro CLXXI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	159
Quadro CLXXII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	160
Quadro CLXXIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo” em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	160
Quadro CLXXIV: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	161
Quadro CLXXV: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto” em função de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	161
Quadro CLXXVI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	162
Quadro CLXXVII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	162
Quadro CLXXVIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	163
Quadro CLXXIX: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	163
Quadro CLXXX: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	164
Quadro CLXXXI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	164
Quadro CLXXXII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos” na amostra, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	165

Quadro CLXXXIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	165
Quadro CLXXXIV: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função da resposta de ter havido intervenção no segundo tempo do estudo.	166
Quadro CLXXXV: Diferenças e seu significado entre a amostra da primeira do estudo e da segunda fase sem intervenção.	167
Quadro CLXXXVI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	168
Quadro CLXXXVII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	168
Quadro CLXXXVIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	169
Quadro CLXXXIX: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	169
Quadro CLXL: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	170
Quadro CLXLI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	170
Quadro CLXLII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	171
Quadro CLXLIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	172

Quadro CLXLIV: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	172
Quadro CLXLV: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	173
Quadro CLXLVI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	174
Quadro CLXLVII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos” na amostra, em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	174
Quadro CLXLVIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	175
Quadro CLXLIX: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra em função de não ter sido exposta à formação/informação na segunda fase, do estudo, comparando com a primeira fase.	176
Quadro CC: Diferenças e seu significado entre a amostra da primeira do estudo e da segunda fase com intervenção.	177
Quadro CCI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	178
Quadro CCII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	179
Quadro CCIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	180
Quadro CCIV: Um medicamento “apenas actua em algumas partes do corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	180

Quadro CCV: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	181
Quadro CCVI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	181
Quadro CCVII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	182
Quadro CCVIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	183
Quadro CCIX: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	183
Quadro CCX: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	183
Quadro CCXI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	184
Quadro CCXII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	185
Quadro CCXIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando” em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	186
Quadro CCXIV: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, comparando com a primeira fase.	186
Quadro CCXV: Diferenças e seu significado entre a amostra que respondeu a ambos os questionários, em função de ter ou não estado exposta à intervenção.	188

Quadro CCXVI: Um medicamento “é algo que produz resultados mesmo sem a minha ajuda!”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	189
Quadro CCXVII: Um medicamento “actua em todo o corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	190
Quadro CCXVIII: Um medicamento “apenas corrige o que está errado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	190
Quadro CCXIX: Um medicamento “apenas em algumas partes do corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	191
Quadro CCXX: Um medicamento “pode apenas pôr-me mais bem disposto”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	192
Quadro CCXXI: “Depois de tomado o medicamento é integrado no corpo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	192
Quadro CCXXII: “Depois de integrado no corpo o medicamento é tratado para ser eliminado”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	193
Quadro CCXXIII: “Sei como um medicamento actua no organismo”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	194
Quadro CCXXIV: “Quando vou aviar uma receita compro todos os medicamentos receitados”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	194
Quadro CCXXV: “Escolho os medicamentos que compro porque são muito caros”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	195

Quadro CCXXVI: “Compro apenas os medicamentos para os problemas que mais me afligem”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	195
Quadro CCXXVII: “Julgo que os médicos receitam demasiados medicamentos”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	196
Quadro CCXXVIII: “Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando”, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	197
Quadro CCXXIX: “A maior parte dos medicamentos cria habituação” na amostra, em função de ter sido exposta à formação/informação na segunda fase do estudo, por ter respondido a ambos os questionários.	197
Quadro CCXXX: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	198
Quadro CCXXXI: Comunalidades no agregado dos resultados.	198
Quadro CCXXXII: Variância total explicada.	199
Quadro CCXXXIII: Resultados da matriz dos componentes do capítulo sobre “Representação Cognitiva dos Medicamentos”.	200
Quadro CCXXXIV: Variação dos componentes extraídos em função do tipo de família.	201
Quadro CCXXXV: Variação dos componentes extraídos em função do sexo.	202
Quadro CCXXXVI: Variação dos componentes extraídos em função do grupo de formação académica.	202
Quadro CCXXXVII: Variação dos componentes extraídos em função de considerar sofrer de doença crónica.	203
Quadro CCXXXVIII: Variação dos componentes extraídos em função do grupo de actividade.	203
Quadro CCXXXIX: Variação dos componentes extraídos em função da toma continuada de medicamentos.	204
Quadro CCXL: Variação dos componentes extraídos em função do grupo etário.	204
Quadro CCXLI: Variação dos componentes extraídos em função da freguesia em que o médico trabalha.	205

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Histograma de barras com curva normal população primeiro tempo	64
Gráfico 2: Histograma de barras com curva normal população primeiro tem	134

Índice de Figuras

Figura 1: Freguesias do Conselho de Coimbra e sua classificação segundo Nomenclatura Unidades Territoriais	26
Figura 2: Freguesias da área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras	27

Parecer do Orientador

**Parecer sobre a Dissertação de Doutoramento do
Mestre Luís Miguel Santiago**

***Medicamentos e corpo. “Consumidores de fármacos: o que pensam e o
que sabem...”***

A dissertação de doutoramento do mestre Luís Miguel Santiago, - ***Medicamentos e corpo. “Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...”*** - constitui, no contexto actual, um marco muito importante ao tentar modificar os comportamentos e atitudes dos cidadãos em geral e dos utentes dos serviços de saúde em particular de forma a que terapêutica das diferentes maleitas seja a mais eficiente possível além de estimular a adesão à mesma.

Trata-se de um estudo de intervenção comunitária, em que previamente foi estudado qual o conhecimento dos utilizadores sobre os medicamentos, através de técnicas de inquirição adequadas ao efeito, seguida duma intervenção populacional, utilizando diferentes meios ao dispor, tais como: cartazes, folhetos e textos e entrevistas em jornais, rádios e televisão pública. Esta forma de conhecer em concreto uma realidade e tentar modificá-la, de acordo com os resultados, através de um intervenção comunitária, constitui um passo fundamental para uma melhoria do estado de saúde das populações e uma utilização mais correcta no uso dos fármacos.

Sob o ponto de vista metodológico foram respeitadas as normas de investigação em vigor.

De acordo com os resultados, foi possível observar mudanças significativas nos conceitos sobre os medicamentos, nomeadamente a forma como actuam, aumento na compra efectiva dos mesmos, não interrupção da terapêutica e diminuição de problemas relacionados com “habituação”.

O conhecimento como actuam os medicamentos no organismo, assim como a convicção de que um contacto mais duradouro com os médicos reduz o número de prescrições são mais alguns elementos que vêm reforçar a necessidade de intervenções comunitárias cientificamente programadas, que permitam quantificar o real efeito das mesmas, em substituição de meras campanhas de informação generalizadas, não sujeitas a escrutínio científico.

É do conhecimento geral que muitas campanhas de saúde pública são feitas com base em princípios gerais, filantrópicos e informativos como se fossem suficientes para mudar o que quer que seja. Portugal está enxameado destes comportamentos que não objectos de avaliação. Não basta a intenção é preciso medir o efeito da mesma.

A dissertação em causa aborda precisamente uma metodologia que não só achamos correcta como pode abrir as portas para outros tipos de intervenção comunitária que possibilite, de facto, melhorar as capacidades de intervenção dos técnicos de saúde a diferentes níveis.

A originalidade do trabalho aliada aos resultados permite concluir por uma **“melhoria acentuada no conhecimento dos utilizadores de medicamentos”**.

Desta forma, concluímos que a dissertação de doutoramento respeita as não só as regras científicas, contribuindo com a sua originalidade para a melhoria da saúde e bem-estar dos cidadãos.

Coimbra, 22 de Setembro de 2008

(Prof. Doutor Salvador Massano Cardoso)